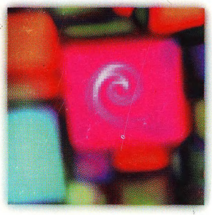
michel foucault

BOALA MENTALĂ ȘI PSIHOLOGIA



editura amarcord

MICHEL FOUCAULT

BOALA MENTALĂ ŞI PSIHOLOGIA

Această carte a fost editată cu sprijinul
MINISTERULUI FRANCEZ AL AFACERILOR EXTERNE
și al
AMBASADEI FRANȚEI ÎN ROMÂNIA.

Titlul original : Michel Foucault, **Maladie mentale et psychologie**

MICHEL FOUCAULT

BOALA MENTALĂ ŞI PSIHOLOGIA

Traducere de
Dana Gheorghiu

AMARCORD

EDITURA AMARCORD
Timişoara, 2000

Seria **CÎMP DESCHIS**

Coperta : **Cătălin Popa**
Consilier editorial : **Ion Nicolae Anghel**

INTRODUCERE

Se pun două întrebări : în ce condiții putem vorbi despre boală în domeniul psihologic? Ce raporturi putem stabili între cazurile patologiei mentale și cele ale patologiei organice? Toate psihopatologiile s-au concentrat asupra acestor două probleme : există psihologiile eterogenității care nu consimt, așa cum a făcut-o Blondel, să interpreteze în termenii unei psihologii normale structurile conștiinței morbide ; și, dimpotrivă, psihologiile, analitice sau fenomenologice, care se străduiesc să repună în drepturi inteligibilitatea oricărei conduite, inclusiv a celei demente, prin semnificații anterioare distincției dintre normal și patologic. O împărțire similară se face, în egală măsură, în cadrul marii dezbateri a psiho-genezei și a organo-genezei : investigare a etiologiei organice, începînd cu descoperirea paraliziei generale, cu etiologie sifilitică ; sau analiză a cauzalității psihologice, începînd cu tulburările lipsite de motivație organică, definite la sfîrșitul secolului al XIX-lea ca sindrom isteric.

Aceste probleme, de atîtea ori reluate, astăzi obosesc și ar fi neprofitabil să rezumăm discuțiile pe care le-au generat. Dar se poate pune întrebarea dacă încurcătura nu provine tocmai din faptul că se atribuie aceeași semnificație noțiunilor de boală, de simptome, de etiologie, în patologia mentală și în patologia organică? Dacă pare atît de anevoios să definim boala și sănătatea psihologică, nu se datorează acest lucru faptului că se încearcă inutil să li se aplice în masă concepte destinate-n egală măsură medicinei somatice? Dificultatea de a regăsi unitatea perturbațiilor organice și a modificărilor de personalitate nu provine cumva tocmai din faptul

că le presupune o structură de acelaşi tip? Dincolo de patologia mentală şi de patologia organică, există o patologie generală şi abstractă care le domină pe fiecare impunîndu-le, ca tot atîtea prejudecăţi, aceleaşi concepte, şi indicîndu-le aceleaşi metode, ca tot atîtea postulate. Am dori să arătăm că originea patologiei mentale nu trebuie căutată într-o „metapatologie" oarecare, ci într-un anumit raport, bine localizat istoric, al omului cu omul nebun şi cu cel sănătos.

Cu toate acestea, un bilanţ rapid e necesar, în acelaşi timp pentru a reaminti cum s-au constituit psihopatologiile tradiţionale sau recente şi pentru a arăta de ce date prealabile trebuie să fie conştientă medicina mentală pentru a găsi o nouă rigoare.

Capitolul I

MEDICINA MENTALĂ ŞI MEDICINA ORGANICĂ

Această patologie generală, despre care am vorbit, s-a dezvoltat în două mari etape :

Ca şi medicina organică, medicina mentală a încercat, mai întîi, să descifreze esenţa bolii, după gruparea logică a semnelor ce o indică. Ea a constituit o *simptomatologie* în care sînt reliefate corelaţiile constante, sau doar frecvente, dintre un anumit tip de boală şi o anumită manifestare morbidă ; halucinaţia auditivă, simptom al unei anumite structuri delirante ; confuzia mentală, semn al unei anumite forme demenţiale. Ea a constituit, pe de altă parte, o *nosografie,* în care sînt analizate formele înseşi ale bolii, descrise fazele evoluţiei sale şi redate variantele pe care le poate prezenta : vom avea, astfel, bolile acute şi cronice ; vom descrie manifestările episodice, alternanţa simptomelor şi evoluţia lor pe parcursul bolii.

Schiţarea acestor descrieri clasice poate fi utilă, nu doar cu titlu de exemplu, ci şi pentru a fixa semnificaţia originară a termenilor utilizaţi în mod curent. Vom împrumuta de la vechile tratate, aparţinînd începutului acestui secol, descrieri ale căror arhaisme nu trebuie să ne facă să omitem faptul că ele au fost şi rezultat, dar şi punct de plecare.

Dupré definea *isteria* astfel : „Stare în cadrul căreia puterea imaginaţiei şi a sugestibilităţii, unită cu acea sinergie particulară a corpului şi a spiritului, pe care am denumit-o psihoplasticitate, ajunge

la simularea, mai mult sau mai puțin voită, a sindroamelor patologice, la organizarea mitoplastică a tulburărilor funcționale, imposibil a fi diferențiate de cele ale simulatorului“[1]. Această definiție clasică indică, deci, drept simptome majore ale isteriei, sugestibilitatea şi apariția unor tulburări ca paralizia, anestezia, anorexia care nu au, în imprejurarea de față, fundamentare organică, ci o origine exclusiv psihologică.

Psihastenia : începînd cu studiile lui Janet, este caracterizată prin epuizare nervoasă cu semne organice (astenie musculară, tulburări gastro-intestinale, cefalee) ; o astenie mentală (tendință spre oboseală, incapacitate de efort, confuzie în fața obstacolelor, integrare anevoioasă în real şi în prezent : e ceea ce Janet numea „pierderea funcției realului“) ; în fine, tulburări de emotivitate (tristețe, nelinişte, anxietate paroxistică).

Obsesiile : „apariția pe un fond mental obişnuit de indecizie, de îndoială şi de nelinişte, şi sub formă de accese paroxistice intermitente, de obsesii – impulsuri diverse“[2]. Distingem *fobia,* caracterizată prin crize de angoasă paroxistică în fața unor obiecte determinate (agorafobia față de spațiile vide), *nevroza obsesională* în care sînt semnalate îndeosebi fortificațiile pe care bolnavul le clădeşte împotriva propriei angoase (precauții rituale, gesturi protectoare).

Mania şi depresia : Magnan a denumit „nebunie intermitentă“ acea formă patologică, în cadrul căreia se vede alternarea, la intervale mai mult sau mai puțin lungi, a două sindroame opuse : sindromul maniacal şi sindromul depresiv. Primul presupune agitația motrice, o stare euforică sau de irascibilitate, o exaltare psihică definită prin verbiaj, rapiditatea asocierilor şi prin goana ideilor. Depresia, dimpotrivă, se prezintă ca o inerție motrice, pe un fond sufletesc marcat de tristețe, însoțită de încetineală psihică. Cîteodată separate,

[1] DUPRÉ, *La constitution émotive* (1911)

[2] DELMAS, *La pratique psychiatrique* (1929)

mania şi depresia sînt cel mai ades legate printr-un sistem de alternanţe, regulate sau neregulate, pe baza cărora Gilbert-Ballet a creionat diferitele profiluri[1].

Paranoia : într-un arierplan de exaltare pasională (orgoliu, gelozie), şi de hiperactivitate psihologică, vedem dezvoltîndu-se un delir sistematic, coerent, fără halucinaţie, cristalizînd, într-o unitate pseudologică, motive de grandoare, persecuţie şi de revendicare.

Psihoza halucinantă cronică : este, de asemenea, o psihoză delirantă ; dar delirul e sistematizat defectuos, adesea incoerent ; motivele de grandoare sfîrşesc prin a le absorbi pe toate celelalte într-o exaltare puerilă a personajului ; în sfîrşit, el este susţinut mai ales de halucinaţii.

Hebefrenia : psihoză de adolescenţă ; e definită în mod curent printr-o excitaţie intelectuală şi motrice (limbuţie, neologisme, calambururi ; manierism şi impulsuri), prin halucinaţii şi un delir dezordonat, în care polimorfismul se secătuieşte, puţin cîte puţin.

Catatonia : se recunoaşte după negativismul subiectului (mutism, refuzul alimentaţiei, fenomene numite de Kraepelin „baraje de voinţă"), după sugestibilitatea sa (pasivitate musculară, menţinerea unor atitudini impuse, răspunsuri în ecou), în fine, după reacţiile stereotipe şi paroxismele impulsive (descărcări motrice brutale, care par să depăşească toate barajele instaurate de boală).

Observînd că aceste ultime trei forme patologice, care intervin destul de devreme în dezvoltare, tind către demenţă, cu alte cuvinte către dezorganizarea totală a vieţii psihologice (delirul se dezagreghează, halucinaţiile tind să facă loc unui onirism dezlînat, personalitatea se prăbuşeşte în incoerenţă), Kraepelin le-a grupat sub denumirea comună de *Demenţă precoce*[2]. Este aceeaşi entitate nosografică pe care a reluat-o Bleuler, extinzînd-o spre anumite

[1] G BALLET, La psychose périodique, în *Journal de Psychologie*, 1909–1910
[2] KRAEPELIN, *Lehrbuch der Psychiatrie* (1889).

forme de paranoia[1] ; şi el a dat ansamblului denumirea de *schizofrenie,* caracterizată, într-o manieră generală, printr-o perturbare survenită în coerenţa normală a asocierilor – ca o divizare (Spaltung) a fluxului gîndirii – şi, pe de altă parte, printr-o ruptură a contactului afectiv cu mediul ambiant, printr-o imposibilitate de a stabili o comunicare spontană cu viaţa afectivă a altcuiva (autism).

Aceste analize au aceeaşi structură conceptuală ca şi acelea ale patologiei organice : găsim, aici şi acolo, aceleaşi metode pentru a împărţi simptomele în grupe patologice şi pentru a defini marile entităţi morbide. Or, ceea ce regăsim în spatele acestei metode unice, sînt două postulate ce vizează, şi unul, şi celălalt, natura bolii.

Mai întîi, se postulează că boala este o esenţă, o entitate specifică, reperabilă prin simptomele pe care le manifestă, dar anterioară acestora şi, într-o anumită măsură, independentă de ele ; se va descrie un fond schizofrenic, ascuns în spatele unor simptome obsesionale ; se va vorbi despre deliruri camuflate ; în spatele unei crize maniacale sau al unui episod depresiv se va presupune entitatea unei nebunii maniaco-depresive.

Alături de această prejudecată de esenţă, şi pentru a compensa abstractizarea ce o implică, există un postulat naturalist, care încadrează boala în specia botanică ; unitatea pe care o presupunem fiecărei grupe nosografice, în spatele polimorfismului de simptome, ar fi ca şi unitatea unei specii, definită de caracteristicile sale permanente, şi diversificată în subgrupele sale : astfel, Demenţa Precoce este ca o specie caracterizată prin formele ultime ale evoluţiei sale naturale, şi care prezintă variantele hebefrenice, catatonice sau paranoide.

Dacă definim maladia mentală prin aceleaşi metode conceptuale ca şi maladia organică, dacă izolăm şi dacă asamblăm simptomele

---

[1] E. BLEULER, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (1911)

psihologice, ca şi simptomele fiziologice e, înainte de toate, întrucît considerăm boala, mentală sau organică, ca o esenţă naturală, manifestată prin simptome specifice. Între aceste două forme de patologie nu există, deci, unitate reală, ci numai, şi prin intermediul acestor două postulate, un paralelism abstract. Or, problema unităţii umane şi a totalităţii psihosomatice rămîne, în întregime, deschisă.

*

*   *

Iată dificultatea acestei probleme, care a abătut patologia spre noi metode şi concepte. Noţiunea de totalitate organică şi psihologică face „tabula rasa" postulatele care înalţă boala la rangul unei entităţi specifice. Boala, ca realitate independentă, tinde să stea în umbră, şi s-a renunţat la a i se atribui, în privinţa simptomelor, rolul unei specii naturale, iar faţă de organism, acela al unui corp străin. Avantajăm, dimpotrivă, reacţiile globale ale individului ; între procesul morbid şi funcţionarea generală a organismului, boala nu se mai interpune ca o realitate autonomă ; nu o mai concepem decît ca pe o croială abstractă, pe tiparul evoluţiei individului bolnav.

În domeniul patologiei organice, reamintim, pentru informaţie, rolul jucat în prezent de către reglările hormonale şi perturbările lor, importanţa acordată centrilor vegetativi, ca teritoriu al celui de al treilea ventricul ce comandă aceste organizări. Se ştie cît a insistat Leriche asupra caracterului global al proceselor patologice, şi asupra necesităţii de a substitui o patologie celulară, cu o patologie de ţesut. Selyé, la rîndul său, descriind „bolile adaptării", a arătat că esenţa fenomenului patologic trebuie căutată în ansamblul reacţiilor nervoase şi vegetative care sînt ca răspunsul global al organismului la atacul, la stress-ul venit din lumea exterioară.

În patologia mentală, se acordă aceeaşi prerogativă noţiunii de totalitate psihologică ; boala ar fi deformare intrinsecă a personalităţii, dezorganizare internă a structurilor sale, deviere progresivă a devenirii sale, ea nu ar avea realitate şi sens decît în interiorul unei personalităţi structurate. În această direcţie s-a încercat definirea bolilor mentale, după amploarea perturbaţiilor de personalitate, şi s-a ajuns să se împartă tulburările psihice în două mari categorii : nevrozele şi psihozele.

1) *Psihozele,* perturbări ale personalităţii globale, prezintă : o tulburare a gîndirii (gîndire maniacală ce aleargă, se scurge, alunecă spre asocieri de sunete sau spre jocuri de cuvinte ; gîndire schizofrenică, ce sare, saltă peste mediatori şi acţionează prin intermitenţe sau contraste) ; o degradare generală a vieţii afective şi a dispoziţiei (întrerupere a contactului afectiv, în schizofrenie ; coloraţii emoţionale abundente, în manie sau în depresie) ; o perturbare a controlului conştiinţei, a amplasării în perspectivă a diverse puncte de vedere, aspecte deformate ale simţului critic (credinţă delirantă, în paranoia, unde sistemul de interpretare reneagă probele exactităţii şi rămîne refractar la orice controverse ; indiferenţă a paranoicului faţă de singularitatea experienţei sale halucinatorii care are, pentru el, valoarea de realitate) ;

2) În *nevroze,* dimpotrivă, este atins numai un singur sector al personalităţii : ritualism al obsedaţilor faţă de un obiect sau altul ; angoase provocate de o anume situaţie, în nevroza fobică. Cursul gîndirii, însă, rămîne intact în structura sa, chiar dacă e mai lent la psihastenici ; contactul afectiv se menţine, chiar dacă e exagerat pînă la susceptibilitate, la isterici ; în sfîrşit, nevroticul, atunci cînd prezintă lacune de conştiinţă, ca istericul, sau impulsuri de nestăpînit, ca obsedatul, îşi păstrează luciditatea critică faţă de propriile fenomene morbide.

Clasăm, în general, printre psihoze, paranoia şi întreaga grupare schizofrenică, cu sindroamele sale paranoide, hebefrenice şi catatonice ; printre nevroze, psihastenia, isteria, obsesia, nevroza de angoasă şi nevroza fobică.

Personalitatea devine astfel mediul în care se dezvoltă boala şi criteriul ce permite judecarea ei ; ea este, în acelaşi timp, realitatea şi măsura bolii.

Am văzut, în această întîietate a noţiunii de totalitate, o revenire la patologia concretă, şi posibilitatea să determinăm, ca un domeniu singular, teritoriul patologiei mentale şi acela al patologiei organice. Într-adevăr, nu se adresează şi una şi alta aceluiaşi individ uman în realitatea sa, pe căi diferite? Prin această punere în drepturi a noţiunii de totalitate nu converg ele, totodată, prin identitatea metodei şi unitatea obiectivului lor?

Opera lui Goldstein ar putea să o dovedească. Studiind, la hotarele medicinei mentale şi ale medicinei organice, un sindrom neurologic ca afazia, el recuză, în fapt, explicaţiile organice printr-o leziune locală, ca şi interpretările psihologice printr-un deficit global al inteligenţei. El arată că o leziune corticală posttraumatică poate modifica stilul de răspunsuri ale individului la stimulii mediului său : o proastă funcţionare îngustează posibilităţile de adaptare ale organismului şi radiază din comportament eventualitatea unor anumite atitudini. Dacă un afazic nu poate numi un obiect ce i se indică, pe cînd îl poate solicita dacă-i e necesar, aceasta nu se datorează unui deficit (suprimare organică sau psihologică), pe care l-am putea descrie ca pe o realitate în sine ; e tocmai pentru că el nu mai este capabil de o anumită atitudine în faţa lumii, de o perspectivă de denumire care, în loc să se apropie de obiect pentru a-l sesiza (greifen), se distanţează pentru a-l arăta şi a-l indica (zeigen)[1].

[1] GOLDSTEIN, *Journal de Psychologie*, 1933

Indiferent dacă primele sale semne sînt psihologice sau organice, boala ar viza, în tot cazul, situaţia globală a individului în lume ; în loc să fie o esenţă fiziologică *sau* psihologică, ea este o reacţie generală a individului, luat în totalitatea lui psihologică *şi* fiziologică. În toate aceste forme recente de analiză medicală se poate, deci, descifra o semnificaţie unică : cu cît mai mult considerăm ca un întreg unitatea fiinţei umane, cu atît mai mult se risipeşte realitatea unei boli care ar fi unitate specifică ; şi mai mult, se impune, pentru a înlocui analiza formelor naturale ale bolii, descrierea individului, reacţionînd la situaţia sa într-o manieră patologică.

Prin unitatea pe care o asigură şi prin problemele pe care le suprimă, noţiunea de totalitate e potrivită pentru a conferi patologiei un climat de euforie conceptuală. Tocmai de acest climat au vrut să profite toţi aceia care, de aproape ori de departe, s-au inspirat din lucrările lui Goldstein. Dar nenorocirea a vrut ca euforia să nu fie de aceeaşi parte cu rigoarea.

*

* *

Am vrea să arătăm că, dimpotrivă, patologia mentală impune metode de analiză diferite faţă de patologia organică şi că numai printr-un artificiu de limbaj putem să atribuim aceeaşi semnificaţie „bolilor corpului“ şi „bolilor spiritului“. O patologie unitară, ce ar utiliza aceleaşi metode şi aceleaşi concepte în domeniul psihologic şi fiziologic este, în momentul de faţă, de domeniul mitului, chiar dacă unitatea corpului şi a spiritului e de domeniul realităţii.

1) *Abstracţia.* – În patologia organică, motivul unei reveniri la bolnav, dincolo de boală, nu exclude aşezarea într-o perspectivă riguroasă, care ne permite să izolăm, în fenomenele patologice, condiţiile şi efectele, procesele consistente şi reacţiile singulare.

Anatomia şi fiziologia propun, cu justeţe, medicinei o analiză ce autorizează abstractizări valabile, pe fondul totalităţii organice. Cu siguranţă, patologia lui Selyé insistă, mai mult decît oricare alta, asupra solidarităţii fiecărui fenomen segmentar cu întregul organismului, dar aceasta nu este pentru a le face să dispară în individualitatea lor, nici pentru a denunţa în ele o abstracţie arbitrară. Dimpotrivă, e tocmai pentru a permite ordonarea fenomenelor singulare într-o coerenţă globală, pentru a arăta, de exemplu, cum nişte leziuni intestinale, similare cu cele ale febrei tifoide, ocupă loc într-un ansamblu de perturbări hormonale, în care un element esenţial îl constituie o tulburare a funcţiei cortico-suprarenale. Importanţa dată în patologia organică noţiunii de totalitate nu exclude nici abstracţia elementelor izolate, nici analiza cauzală ; ea permite, din contră, o abstractizare mai fondată şi determinarea unei cauzalităţi mai reale.

Or, psihologia nu a putut oferi niciodată psihiatriei ceea ce a dăruit fiziologia medicinei : instrumentul de analiză care, delimitînd tulburarea, ar permite examinarea raportului funcţional al acestui rău cu ansamblul personalităţii. Coerenţa unei vieţi psihologice pare, efectiv, asigurată într-o altă manieră decît coeziunea unui organism ; înglobarea segmentelor tinde aici către o unitate care le face cu putinţă pe fiecare dintre ele, dar se rezumă şi se concentrează în fiecare : e ceea ce psihologii numesc, în vocabularul lor, împrumutat de la fenomenologie, unitatea semnificativă a comportamentelor, ce conţine în fiecare element – vis, crimă, gest gratuit, liberă asociere – alura generală, stilul, întreaga anterioritate istorică şi implicaţiile eventuale ale unei existenţe. Abstracţia, deci, nu poate să se facă în aceeaşi manieră în psihologie şi în fiziologie ; iar delimitarea unei tulburări patologice solicită alte metode în patologia organică decât în patologia mentală.

2) *Normalul și patologicul.* – Progresiv, medicina a văzut estompîndu-se linia de separare dintre faptele patologice și cele normale ; sau, mai degrabă, ea a sesizat cu mai multă claritate că tablourile clinice nu alcătuiau o colecție de fapte anormale, niște „monștri" fiziologici, dar că erau, în parte, constituite din mecanisme normale și reacțiile de adaptare ale unui organism, funcționînd conform normei sale. Hipercalciuria, ce însoțește o fractură a femurului, este un răspuns organic, situat, după cum spune Leriche, „în șirul posibilităților tisulare"[1] : este organismul răspunzînd într-o manieră organizată la răul patologic, pentru a-l îndrepta. Dar să nu uităm : aceste considerații se bazează pe o planificare coerentă a posibilităților fiziologice ale organismului ; iar analiza mecanismelor normale ale bolii permite, în fapt, să se discearnă mai bine impactul răului morbid și, împreună cu virtualitățile normale ale organismului, dispoziția sa către vindecare : la fel cum boala este înscrisă în interiorul virtualităților fiziologice normale, posibilitatea vindecării e înscrisă în interiorul evoluției bolii.

În psihiatrie, dimpotrivă, noțiunea de personalitate face deosebit de dificilă distincția dintre normal și patologic. Bleuler, de exemplu, opusese, ca doi poli ai patologiei mentale, grupul schizofreniilor, cu întreruperea contactului cu realitatea, și grupul demențelor maniaco-depresive, sau psihozele ciclice, cu exagerarea reacțiilor afective. Or, această analiză a părut să definească la fel de bine personalitățile normale ca și personalitățile morbide ; iar Kretschmer a putut să constituie, în acest spirit, o carectereologie bipolară, ce cuprinde schizotimia și ciclotimia, în care accentuarea patologică s-ar înfățișa ca schizofrenie și „ciclofrenie". Dar, cu acest fapt, trecerea de la reacții normale la formele morbide nu ține de o analiză precisă a proceselor ; ea permite numai o apreciere calitativă, care autorizează toate confuziile.

[1] LERICHE, *Philosophie de la Chirurgie*

În timp ce ideea de solidaritate organică permite distingerea şi îngemănarea răului morbid şi a reacţiei adaptate, examenul personalităţii preîntîmpină, în patologia mentală, asemenea analize.

3) *Bolnavul şi mediul.* – În fine, o a treia diferenţiere ne împiedică să tratăm, cu aceleaşi metode, şi să analizăm, cu aceleaşi concepte, totalitatea organică şi personalitatea psihologică. Fără îndoială, nici o boală nu poate fi separată de metodele de diagnostic, de procedeele de izolare, de instrumentele terapeutice pe care le grupează practica medicală. Noţiunea de totalitate organică scoate însă în relief, independent de aceste practici, individualitatea subiectului bolnav ; ea permite să-l izolăm în originalitatea sa morbidă şi să determinăm caracterul propriu al reacţiilor sale patologice.

Din unghiul patologiei mentale, realitatea bolnavului nu permite o abstracţie asemănătoare şi fiecare individualitate morbidă trebuie înţeleasă prin reacţiile mediului faţă de sine. Ipostaza de internat şi tutelă impusă alienatului începînd cu sfîrşitul secolului al XVIII-lea, totala sa dependenţă faţă de decizia medicală au contribuit, fără îndoială, la a defini, la finele secolului al XIX-lea, statutul istericului. Deposedat de drepturile proprii, de către tutore şi consiliul familiei, practic recăzut în ipostaza de minoritate juridică şi morală, privat de libertate prin atotputernicia medicului, bolnavul devenea nucleul tuturor sugestiilor sociale : iar în punctul de convergenţă al acestor practici se oferea sugestibilitatea, ca sindrom major al isteriei. Babinski, impunînd din afară pacientei sale ascendentul sugestiei, o conducea la acel punct de alienare în care, prăbuşită, fără voce şi fără mişcare, ea era gata să accepte eficacitatea parolei miraculoase : „Ridică-te şi mergi". Iar medicul găsea semnul simulării în reuşita parafrazei sale evanghelice, întrucît bolnava, urmînd porunca ironic-profetică, se ridica realmente şi mergea aievea. Or, în ceea ce medicul denunţa ca iluzie, el se izbea, în fapt, de realitatea practicii medicale : el găsea, în această sugestibilitate, rezultatul tuturor sugestiilor, al

tuturor dependențelor la care era supusă bolnava. Că astăzi observațiile nu mai prezintă deloc miracole asemănătoare nu infirmă realitatea reuşitelor lui Babinski, ci dovedeşte doar că profilul istericului tinde să stea în umbră, pe măsură ce practicile sugestiei, care constituiau odinioară mediul bolnavului, se atenuează.

Dialectica raporturilor individului cu mediul său nu se face, prin urmare, în acelaşi mod în fiziologia patologică şi în psihologia patologică.

*

*   *

Aşadar, nu putem admite dintr-o dată nici un paralelism abstract, nici o unitate apreciabilă între fenomenele patologiei mentale şi cele ale patologiei organice ; e imposibil să se transpună, de la una la cealaltă, schema abstracțiilor, criteriile de normalitate sau definiția individului bolnav. Patologia mentală trebuie să se elibereze de toate postulatele unei „metapatologii" : unitatea asigurată de către aceasta, între diversele forme de boală, nu este decît artificială, cu alte cuvinte, ea ține de un fapt istoric, căruia deja nu-i mai aparținem întru totul.

Este necesar, prin urmare, acordînd credit omului însuşi, şi nu abstractizărilor asupra bolii, să analizăm specificul maladiei mentale, să cercetăm formele concrete pe care psihologia a putut să i le atribuie ; apoi, să determinăm condițiile ce au făcut posibil acest straniu statut al nebuniei, boală mentală ireductibilă la orice altă boală.

La aceste întrebări se străduiesc să răspundă cele două părți ale lucrării noastre:

1) Dimensiunile psihologice ale maladiei mentale ;

2) Psihopatologia ca fapt de civilizație.

Partea întîi

DIMENSIUNILE PSIHOLOGICE ALE BOLII

Capitolul II

BOALA ŞI EVOLUŢIA

În prezenţa unui bolnav grav atins, avem impresia primă a unui deficit global masiv, fără nici o compensaţie : incapacitatea unui subiect derutat de a se repera în timp şi spaţiu, întreruperile de continuitate, care se produc fără încetare în conduita sa, imposibilitatea de-a depăşi momentul în care este claustrat, pentru a avea acces la universul celuilalt sau pentru a se întoarce către trecut şi viitor, toate aceste fenomene invită la descrierea bolii sale în raport cu funcţiile abolite : conştiinţa bolnavului e dezorientată, întunecată, limitată, fragmentată. Dar acest vid funcţional este, în acelaşi timp, umplut de un vîrtej al reacţiilor elementare ce par exagerate şi mai violente prin dispariţia altor comportamente : toate automatismele de repetare sînt accentuate (bolnavul răspunde în ecou la întrebările ce i se pun, un gest declanşat se opreşte pe neaşteptate şi se repetă la infinit), limbajul interior invadează întregul domeniu de exprimare al subiectului care continuă, cu voce scăzută, un monolog dezlînat, fără să se adreseze vreodată cuiva. În fine, apar, pe moment, reacţii emoţionale intense.

Deci, nu trebuie să interpretăm patologia mentală în litera prea simplă a funcţiilor abrogate : boala nu este numai pierdere a conştiinţei, o adormire a acestei funcţii, o obnubilare a acestei facultăţi. În decupajul său abstract. psihologia secolului al XIX-lea invita la o astfel de descriere pur negativă a bolii, şi semiologia

fiecăruia era cam simplistă, limitîndu-se la a descrie aptitudinile dispărute, la a enumera, în amnezii, amintiri uitate, la a analiza, în dedublările de personalitate, sintezele devenite imposibile. În fond, boala şterge, dar şi subliniază, ea anulează, pe de o parte, dar tocmai pentru ca să exagereze de cealaltă parte ; esenţa bolii nu constă doar în vidul pe care-l creează, ci şi în plenitudinea pozitivă a activităţilor de substituire care-l umplu.

Ce dialectică va da seama, simultan, de aceste fapte pozitive şi de fenomenele negative ale dispariţiei?

De la bun început se poate nota că funcţiile dispărute şi funcţiile exagerate nu sînt de acelaşi nivel : ceea ce a dispărut sînt coordonatele complexe, este conştiinţa cu deschiderile sale deliberate, jocul său de orientare în timp şi spaţiu, tensiunea voluntară care reia şi ordonează automatismele. Comportamentele păstrate şi accentuate sînt, din contră, segmentare şi simple ; e vorba despre elemente disociate ce se eliberează într-un stil de absolută incoerenţă. Sintezei complexe a dialogului i se substituie monologul fragmentat ; sintaxa, prin intermediul căreia se constituie un sens, este distrusă, nu mai subzistă decît elemente verbale din care rezultă sensuri ambigue, polimorfe şi labile ; coerenţa spaţio-temporală, ce se ordonează în funcţie de aici şi acum, se prăbuşeşte şi nu se mai menţine decît un haos de locuri succesive şi de momente insulare. Fenomenele pozitive ale bolii se opun celor negative, la fel ca şi simplul, complexului.

Dar ca şi stabilul, instabilului. Sintezele spaţio-temporale, atitudinile intersubiective, intenţionalitatea voluntară sînt, fără încetare, compromise de fenomene la fel de frecvente ca şi somnul, tot atît de difuze ca şi sugestia, la fel de obişnuite ca visul. Comportamentele accentuate de boală au o soliditate psihologică pe care structurile suprimate nu o au. Procesul patologic amplifică fenomenele cele mai stabile şi nu le suprimă decît pe cele mai labile.

În concluzie, funcţiile accentuate patologic sînt cele mai involuntare : bolnavul a pierdut orice iniţiativă, într-atît încît însuşi răspunsul determinat de o întrebare nu poate decît să repete ultimele cuvinte ale interlocutorului său ; ori, cînd izbuteşte să facă un gest, iniţiativa e depăşită imediat de un automatism de repetare care-l opreşte şi-l sufocă. Spunem, deci, pe scurt, că boala suprimă funcţiile complexe, instabile şi voluntare, exaltînd funcţiile simple, stabile şi automate.

Or, această diferenţă în nivelul structural este dublată de o diferenţă în nivelul evolutiv. Supremaţia reacţiilor automate, succesiunea comportamentelor, întreruptă fără încetare şi dezordonată, forma explozivă a reacţiilor emoţionale sînt caracteristici ale unui nivel arhaic în evoluţia individului. Sînt acele comportamente care imprimă stilul lor reacţiilor copilului : absenţa conduitelor de dialog, monologuri lipsite de interlocutori, repetiţii în ecou, prin lipsa de înţelegere a dialecticii întrebare–răspuns, pluralitate a coordonantelor spaţio-temporale, ceea ce permite comportamente în insule, unde spaţiile sînt fragmentate, iar clipele independente, toate aceste fenomene, comune structurilor patologice şi stadiilor arhaice de evoluţie, desemnează, în cadrul bolii, un proces regresiv.

Dacă, printr-o singură mişcare, boala face să apară semne pozitive şi semne negative, dacă, în acelaşi timp, ea suprimă şi exaltă, este în măsura în care, revenind la fazele anterioare ale evoluţiei, ea face să dispară achiziţiile recente şi redescoperă forme de comportament, în mod normal depăşite. Boala este procesul de-a lungul căruia se desface urzeala evoluţiei, suprimînd, în primul rînd, şi în formele sale cele mai benigne, structurile cele mai recente, atingînd apoi, la isprăvire şi în punctul său suprem de gravitate, nivelele cele mai arhaice. Boala nu este, deci, un deficit care loveşte orbeşte o anumită facultate sau alta ; există, în absurditatea

morbidului, o logică pe care trebuie să ştim să o interpretăm ; este însăşi logica evoluţiei normale. Boala nu este o esenţă împotriva naturii, ea este natura însăşi, dar într-o evoluţie inversă ; istoria naturală a bolii nu are decît să refacă traseul istoriei naturale a organismului sănătos. Dar, în această logică unică, fiecare boală îşi va conserva profilul singular ; fiecare entitate nosografică îşi va găsi locul, iar conţinutul său va fi definit de punctul în care se opreşte studiul disocierii ; diferenţelor de esenţă dintre boli trebuie să li se prefere analiza, potrivit cu gradul de profunzime a deteriorării, iar semnificaţia unei boli va putea fi definită prin etiajul unde se stabilizează procesul de regresie.

*

* *

„În orice nebunie", spunea Jackson, „există un rău morbid, ce atinge un număr mai mare sau mai mic de centri cerebrali superiori sau, ceea ce e sinonim, nivelul cel mai înalt de evoluţie al infrastructurii cerebrale, ori, ceea ce este încă o dată sinonim, un substrat anatomic al bazei fizice a conştiinţei... În orice nebunie, o mare parte a centrilor cerebrali superiori e scoasă din funcţie, de o manieră temporară sau permanentă, de anumite procese patologice"[1]. Întreaga operă a lui Jackson tinsese către a da drepturi depline evoluţionismului în neuro şi psihopatologie. După *Croonian Lectures* (1874), nu mai e posibil să se omită aspectele regresive ale bolii ; evoluţia e, de acum înainte, una dintre dimensiunile prin care avem acces la cazul patologic.

O bună parte din opera lui Freud o constituie comentariul formelor evolutive ale nevrozei. Istoria libidoului, a dezvoltării sale,

[1] *Facteurs de la folie*, Selected Papers, II, p. 411.

a fixaţiilor sale succesive este ca o concentrare a virtualităţilor patologice ale individului ; fiecare tip de nevroză reprezintă o revenire la un stadiu al evoluţiei libidinale. Iar psihanaliza a crezut că poate să scrie o psihologie a copilului, alcătuind o patologie a adultului.

1) Primele lucruri căutate de copil sînt alimentele, iar primul instrument al plăcerii, gura : fază de erotism bucal în timpul căreia frustrările alimentare se pot lega de complexele de înţărcare ; de asemenea, fază de legătură cvasibiologică cu mama, cînd orice abandon poate să provoace deficitele fiziologice analizate de Spitz[1], sau nevrozele descrise de Doamna Guex ca fiind, în mod specific, nevroze de abandon[2]. Doamna Sechehaye a izbutit chiar să analizeze o tînără schizofrenică la care o fixaţie, în aceste etape foarte arhaice ale dezvoltării, adusese cu sine, în momentul adolescenţei, o stare de stupoare hebefrenică în care trăia subiectul, prăbuşit, cu conştiinţa anxios-difuză a corpului său avid.

2) Împreună cu dentiţia şi dezvoltarea musculaturii, copilul îşi organizează un sistem de apărare agresivă, care marchează primele momente ale independenţei sale. Dar acesta este, de asemenea, mometul în care disciplinele – şi de o manieră majoră, disciplina sfincteriană – i se impun copilului, materializînd instanţa parentală în forma sa represivă. Ambivalenţa se instalează, ca dimensiune naturală a afectivităţii : ambivalenţă a alimentului ce nu satisface decît în măsura în care-l distrugem după modelul agresiv al muşcăturii ; ambivalenţa plăcerii, care este şi de excreţie, şi de introiecţie ; ambivalenţa satisfacţiilor, cînd permise şi valorificate, cînd interzise şi pedepsite. Tocmai în această etapă se face fixarea a ceea ce Doamna Melanie Klein numeşte „bunele“ şi „relele intenţii“ ;

[1] SPITZ, *L'hospitalisme*

[2] G. GUEX, *Les névroses d'abandon.*

dar ambiguitatea latentă a unora şi a altora nu este încă dominantă şi fixarea în această perioadă, descrisă de Freud ca „stadiu sadico-anal", cristalizează sindroamele obsesionale : sindrom contradictoriu de îndoială, de interogaţie, de atracţie impulsivă, compensată neîncetat de rigoarea interdicţiei, de precauţiile împotriva sinelui, mereu ocolite şi mereu reîncepute, dialectică a rigorii şi a concesiei, a complicităţii şi a refuzului, în care se poate descifra ambivalenţa radicală a obiectului dorit.

3) Legată de primele activităţi erotice, de afinajul reacţiilor de echilibru şi de recunoaşterea sinelui în oglindă, se constituie o experienţă a „corpului propriu". Afectivitatea dezvoltă atunci, ca temă majoră, afirmaţia sau revendicarea integrităţii corporale ; narcisismul devine o structură a sexualităţii, iar propriul corp, un obiect sexual privilegiat. Orice ruptură, în acest circuit narcisic, perturbă un echilibru deja dificil, cum o dovedeşte angoasa copiilor faţă de fanteziile castratoare ale ameninţărilor părinteşti. Tocmai în această dezordine anxioasă a experienţelor corporale se precipită sindromul isteric : dedublare a corpului şi constituire a unui *alter ego* în care subiectul îşi citeşte-n oglindă gîndurile, dorinţele şi gesturile, de care acest dublu demoniac îl deposedează în avans ; divizare isterică ce sustrage, de la experienţa globală a corpului, elementele anesteziate sau paralizate ; angoasă fobică în faţa unor obiecte ale căror ameninţări fantasmagorice vizează, pentru bolnav, integritatea corpului său (Freud a analizat astfel fobia unui băiat de patru ani la care frica faţă de cai ascundea obsesia castrării)[1].

4) În fine, se face „alegerea obiectuală", la sfîrşitul acestei prime copilării : opţiune ce trebuie să implice, împreună cu o fixaţie hetero-sexuală, o identificare cu părintele de acelaşi sex. Dar acestei diferenţieri şi adormirii unei sexualităţi normale li se opun atitudinea

[1] FREUD, *Cinq psychanalyses* (p 111).

părinţilor şi ambivalenţa afectivităţii infantile : ea este, într-adevăr, în această epocă încă, fixată, asemenea unei gelozii împestriţate de erotism şi agresivitate, pe o mamă dorită, care se refuză sau, cel puţin, se împarte, şi ea se descompune în anxietate înaintea unui tată a cărui rivalitate triumfală suscită, împreună cu duşmănia, dorinţa amoroasă de identificare. Acesta este faimosul complex al lui Oedip, în care Freud credea să descifreze enigma omului şi cheia destinului său ; în care trebuie, fără îndoială, să găsim cea mai comprehensivă analiză a conflictelor trăite de copil în raporturile sale cu părinţii şi punctul de fixaţie al multor nevroze.

Pe scurt, orice stadiu libidinal este o virtuală structură patologică. Nevroza reprezintă o arheologie spontană a libidoului.

Janet reia el însuşi tema jacksoniană, dar dintr-o perspectivă sociologică. Căderea de energie psihologică, ce caracterizează boala, ar face imposibile comportamentele complexe de-a lungul evoluţiei sociale şi ar descoperi, asemenea unei maree care se retrage, comportamente sociale primitive, sau chiar reacţii presociale.

Un psihastenic nu reuşeşte să creadă în realitatea ce-l inconjoară ; este, pentru el, un comportament „prea dificil". Ce este o conduită dificilă? În esenţă, o conduită în care o analiză verticală arată suprapunerea mai multor comportamente simultane. A doborî un vînat este o conduită ; a istorisi, după aceea, că s-a ucis un vînat, constituie altă conduită. Dar în momentul în care pîndeşti, în care ucizi, să-ţi povesteşti ţie însuţi că ucizi, că urmăreşti, că pîndeşti, pentru a putea prezenta altora, ulterior, epopeea ; să ai simultan conduita reală a vînătorii şi conduita virtuală a povestirii e o dublă operaţie, mult mai complicată decît oricare din cele două şi care nu este decît în aparenţă cea mai simplă : e atitudinea prezentului, germene al tuturor comportamentelor temporale, în care se suprapun şi se îmbucă gestul actual şi conştiinţa că gestul acesta va avea un viitor, cu alte cuvinte, că mai tîrziu vom putea să-l povestim ca pe

un eveniment trecut. Putem, deci, evalua dificultatea unei acțiuni după numărul comportamentelor elementare ce implică unitatea derulării sale.

Să luăm, la rîndul ei, această atitudine a „expunerii către alții", a cărei virtualitate face parte din atitudinile prezentului. A povesti, sau, pur şi simplu, a vorbi, sau, de o manieră încă şi mai elementară, a emite un ordin nu este un lucru simplu ; se referă, în primul rînd, la un eveniment sau la o ordine a lucrurilor, ori la o lume la care eu însumi nu am acces, dar altcineva poate avea acces în locul meu ; aşadar, trebuie să recunosc punctul de vedere al altcuiva şi să-l integrez celui propriu ; trebuie, deci, să-mi dublez propria acțiune (ordinul lansat) cu o atitudine virtuală, cea a semenului care trebuie să o execute. Şi, în plus : a lansa un ordin presupune întotdeauna urechea care-l va percepe, inteligența care-l va înțelege, corpul care îl va executa ; în acțiunea de comandă e implicată virtualitatea de a fi ascultat. Înseamnă că atitudinile acestea, aparent atît de simple, care sînt : interesul față de prezent, povestirea, cuvîntul, toate implică o anumită dualitate ce este, de fapt, dualitatea tuturor comportamentelor sociale. Dacă, deci, psihastenicul îşi găseşte atît de anevoie atenția pentru prezent, e tocmai datorită implicațiilor sociale pe care aceasta le conține la modul confuz ; pentru el au devenit dificile toate acțiunile ce au un invers (a privi – a fi privit, în prezență ; a vorbi – a fi vorbit, în limbaj ; a crede – a fi crezut, în povestire), acestea fiind atitudini ce se manifestă într-un orizont social. A fost necesară o întreagă evoluție pentru ca dialogul să devină un mod de corelație interumană ; el nu a devenit posibil decît prin trecerea de la o societate imobilă, în ierarhia sa de moment, care nu autorizează decît cuvîntul de ordine, la o societate în care egalitatea raporturilor permite şi garantează schimbul virtual, fidelitatea față de trecut, angajamentul de viitor, reciprocitatea punctelor de vedere. Aceasta este întreaga evoluție socială pe care o reface bolnavul incapabil de dialog.

Fiecare boală, potrivit cu gravitatea sa, anulează una sau alta dintre aceste conduite pe care societatea, în evoluţia ei, le făcuse posibile, şi îi substituie forme de comportament arhaice :

l) În locul dialogului, ca formă supremă de evoluţie a limbajului, apare un soi de monolog în care subiectul îşi povesteşte sieşi ceea ce face, sau poartă, cu un interlocutor imaginar, un dialog pe care ar fi incapabil să-l aibă cu un partener real, precum acel profesor psihastenic ce nu putea să-şi susţină conferinţa decît în faţa oglinzii. A acţiona sub privirile altcuiva devine, pentru bolnav, un lucru prea „dificil" : de aceea atîţia indivizi obsedaţi ori psihastenici prezintă, cînd sînt observaţi, manifestări de eliberare emoţională, ca ticurile, mimicile, miocloniile de toate felurile ;

2) Pierzînd acea virtualitate ambiguă a dialogului, şi nemaisesizînd cuvîntul decît prin acea înfăţişare schematică pe care o prezintă subiectului ce vorbeşte, bolnavul pierde controlul universului său simbolic, iar ansamblul de cuvinte, de semne, de rituri, pe scurt, tot ceea ce este aluziv şi referenţial în lumea umană, încetează să se integreze într-un sistem de echivalenţe semnificative ; cuvintele şi gesturile nu mai sînt acel teritoriu comun unde se întîlnesc intenţiile sale şi ale celorlalţi, ci semnificaţii existînd prin ele însele ale realităţii masive şi neliniştitoare ; surîsul nu mai e răspunsul banal dat unui salut cotidian ; este un eveniment enigmatic pe care nu poate să-l reducă nici una dintre echivalenţele simbolice ale politeţii ; el se detaşează, atunci, deasupra orizontului bolnavului ca simbolul nu se ştie cărui mister, ca expresia unei ironii care tace şi ameninţă. Din toate părţile, universul neînduplecat al persecuţiei ;

3) Acest univers, care avansează de la delir la halucinaţie, pare să ţină, în întregime, de o patologie a credinţei, ca atitudine interumană : criteriul social al adevărului („a crede ceea ce alţii cred") nu mai are nici o valoare pentru bolnav ; şi în această lume pe care absenţa semenului a privat-o de soliditate obiectivă, el

introduce, fără rezerve, un univers de simboluri, de fantasme, de obsesii ; această lume, în care privirea celuilalt s-a stins, devine propice halucinaţiilor şi delirurilor. Astfel, în aceste fenomene patologice, bolnavul e retrimis la formele arhaice de credinţă, cînd omul primitiv nu găsea, în solidaritatea sa cu aproapele, criteriul adevărului, cînd îşi proiecta dorinţele şi fricile în fantasmagorii ce, împreună cu realul, ţeseau păienjenişul nedisociabil al visului, al nălucirii, al mitului.

*

* *

Există, fără îndoială, la orizontul tuturor acestor analize, teme explicative ce se situează, ele însele, la graniţele mitului : mai întîi, mitul de o anumită substanţă psihologică („libido", la Freud, „forţă psihică", la Janet), care ar fi ca materia brută a evoluţiei şi care, progresînd pe parcursul dezvoltării individuale şi sociale, ar suferi o recidivă şi ar recădea, prin datul bolii, în starea sa anterioară ; de asemenea, mitul unei identităţi între bolnav, primitiv şi copil, mit prin care se linişteşte conştiinţa scandalizată în faţa bolii mentale, şi se consolidează conştiinţa încorsetată în prejudecăţile sale culturale. Dintre aceste două mituri, primul, pentru că este ştiinţific, a fost abandonat imediat (reţinem, de la Janet, analiza comportamentelor şi nu interpretarea prin forţa psihologică ; psihanaliştii au oroare, din ce în ce mai mult, de noţiunea bio-psihologică de libidou) ; al doilea, dimpotrivă, pentru că este moral, pentru că justifică mai mult decît explică, rămîne încă în circulaţie.

Şi totuşi, nu are sens să se restabilească o identitate între personalitatea morbidă a bolnavului şi aceea, normală, a copilului sau a primitivului. Într-adevăr, din două, una :

– Ori se admite cu exactitate interpretarea lui Jackson : „Voi imagina că centrii cerebrali sînt de patru categorii, A, B, C, D" ; prima formă a nebuniei, cea mai benignă, va fi – A + B + C + D ; „totalitatea personalităţilor este, în fapt, + B + C + D ; termenul – A e dat doar pentru a arăta prin ce diferă noua personalitate de personalitatea anterioară"[1] ; regresia patologică nu este, atunci, decît o operaţiune de scădere ; dar ceea ce este scăzut în această aritmetică e tocmai ultimul termen, care favorizează şi desăvîrşeşte personalitatea ; adică „restul" nu va fi o personalitate anterioară, ci o personalitate suprimată. Din acest motiv, cum să identificăm subiectul bolnav cu personalităţile „anterioare" ale primitivului sau ale copilului?

– Ori se lărgeşte sfera jacksonismului, admiţîndu-se o reorganizare a personalităţii ; regresia nu se mulţumeşte să suprime şi să elibereze, ea ordonează şi aranjează ; după cum spuneau Monakow şi Mourgue, referitor la disoluţia neurologică : „Dezintegrarea nu este inversarea exactă a integrării... Ar fi absurd să susţinem că hemiplegia e o revenire la stadiul primitiv de învăţare a locomoţiei... Aici funcţionează autoreglarea, astfel încît noţiunea de dezintegrare pură nu există. Acest proces ideal e mascat de tendinţa creatoare a organismului, aflat într-o continuă activitate, de a restabili echilibrul perturbat"[2]. Deci, nu mai poate fi vorba de personalităţi arhaice ; trebuie să admitem specificitatea personalităţii morbide ; structura patologică a psihismului nu este originară ; ea este perfect originală.

Nu este vorba de anularea analizelor regresiei patologice, atunci cînd trebuie doar să fie eliberate de miturile pe care, nici Janet, şi nici Freud, nu au ştiut să le decanteze. Fără îndoială, ar fi în zadar

[1] C JACKSON, *Facteurs de la folie*, trad franc , p 30

[2] MONAKOW et MOURGUE, *Introduction biologique à la neurologie* (p. 178)

să se spună, într-o perspectivă explicativă, că omul, îmbolnăvindu-se, redevine copil, dar, din punct de vedere descriptiv, e corect să spunem că bolnavul manifestă, în personalitatea sa morbidă, nişte comportamente segmentare, analoage cu cele ale unei vîrste anterioare sau aparţinînd unei alte culturi ; boala descoperă şi favorizează conduite normal integrate. Prin urmare, regresia nu trebuie să fie apreciată decît ca unul dintre aspectele descriptive ale bolii.

O descriere structurală a afecţiunii ar trebui, deci, să analizeze, pentru fiecare sindrom, indicii pozitivi sau negativi, cu alte cuvinte, să detalieze structurile suprimate şi cele libere. Aceasta nu ar însemna să se explice formele patologice, ci doar să fie puse într-o perspectivă ce ar face coerente şi comprehensibile cazurile regresiei individuale ori sociale, relevate de Freud şi de Janet. Putem, astfel, rezuma liniile generale ale unei asemenea descrieri :

1) Dezechilibrul şi nevrozele nu sînt decît întîiul stadiu de disoluţie a funcţiilor psihice ; răul nu vizează decît echilibrul general al personalităţii psihologice, şi această ruptură, adesea momentană, nu eliberează decît complexele afective, structurile emoţionale inconştiente, constituite de-a lungul evoluţiei individuale ;

2) În paranoia, tulburarea generală a dispoziţiei eliberează o structură pasională care nu este decît exagerarea comportamentelor obişnuite ale personalităţii ; dar nici luciditatea, nici ordinea, nici coeziunea fondului mental nu sînt încă atinse ;

3) O dată cu stările onirice, atingem un nivel unde structurile conştiinţei sînt, deja, disociate ; controlul perceptiv şi coerenţa raţionamentului au dispărut ; iar în această fărîmiţare a sferei conştiente vedem infiltrîndu-se structurile visului, care nu sînt eliberate, de obicei, decît în somn. Iluziile, halucinaţiile, recunoaşterile eronate manifestă, în stare de veghe, dezinhibarea formelor conştiinţei onirice ;

4) În etapele maniacale şi melancolice, disocierea pătrunde în sfera instinctiv–afectivă ; puerilitatea emoţională a maniacului, pierderea, la melancolic, a conştiinţei corpului şi a instinctelor de conservare, reprezintă latura negativă. În ceea ce priveşte formele pozitive ale bolii, ele apar în acele paroxisme de agitaţie motrice sau de explozii emoţionale în care melancolicul îşi manifestă disperarea, maniacul îşi manifestă agitaţia euforică ;

5) În sfîrşit, în stările confuzionale şi schizofrenice, deteriorarea ia forma unui deficit capacitar ; într-un orizont în care reperele spaţiale şi temporale au devenit prea imprecise pentru ca să permită orientarea, gîndirea, în destrămare, acţionează prin fragmente izolate, subliniază un univers vid şi sumbru de „sincope psihice", sau se închide în muţenia unui corp a cărui motricitate e zăvorîtă de catatonie. Singure, vor continua să apară, ca simptome pozitive, stereotipiile, halucinaţiile, unele scheme verbale cristalizate în silabe incoerente şi bruşte revărsări afective, traversînd, în apariţii fugare, inerţia demenţială.

6) Şi tocmai cu demenţa se încheie ciclul acestei disoluţii patologice, demenţă în care abundă toate semnele negative ale deficitelor şi unde disoluţia a devenit atît de profundă încît nu mai are nimic de dezinhibat ; nu mai există personalitate, ci doar o fiinţă vie.

Dar o analiză de acest fel ar putea să epuizeze ansamblul cazului patologic. Este insuficientă şi are o dublă calitate :

a) Ea neglijează constituţia personalităţii morbide în care sînt aduse la zi structurile regresive ; oricît de profundă ar fi disoluţia (făcînd excepţie doar cazul demenţei), individualitatea nu poate să dispară niciodată în întregime ; ceea ce regăseşte regresia personalităţii nu sînt nişte elemente dispersate – pentru că ele nu au fost niciodată astfel – nici individualităţi mai arhaice – pentru că nu există drum de întoarcere în dezvoltarea personalităţii, ci numai succesiunea comportamentelor. Oricît de minore şi de simple ar fi,

nu trebuie să se omită organizările prin care un schizofrenic îşi alcătuieşte universul : lumea divizată pe care o descrie este, pe măsura conştiinţei sale dispersate, timpul, fără viitor, fără trecut, în care trăieşte, este reflectarea incapacităţii sale de-a se proiecta într-un viitor şi de-a se regăsi într-un trecut ; dar acest haos îşi află punctul de coerenţă în structura personală a bolnavului ce asigură unitatea reală dintre conştiinţă şi orizontul său. Oricît de bolnav este un bolnav, acest punct de coerenţă nu poate să nu existe. Ştiinţa patologiei mentale nu poate fi decît ştiinţa personalităţii bolnave.

b) Analiza regresivă descrie orientarea bolii, fără a dezvălui punctul de origine. Dacă ea nu ar fi decît regresie, boala ar fi ca o virtualitate sedimentată în orice individ, prin însăşi evoluţia sa ; nebunia nu ar fi decît o eventualitate, preţul întotdeauna exigibil al dezvoltării umane. Dar faptul că o anumită persoană e bolnavă, şi suferă, în acest moment, de această boală, că obsesiile sale au o anumită temă, că delirul său conţine anumite revendicări, sau că halucinaţiile sale se extaziază în spaţiul unor anumite forme vizuale nu poate fi justificat de noţiunea abstractă de regresie. În perspectiva evoluţionistă, boala nu are alt statut decît pe acela al virtualităţii generale. Cauzalitatea ce o face necesară nu este încă eliberată, nu mai mult decît cea care dă fiecărui tablou clinic coloratura sa singulară. Această necesitate, şi formele ei individuale, nu trebuie căutată într-o evoluţie specifică, ci în istoria personală a bolnavului.

Deci, analiza trebuie dusă mai departe ; şi trebuie să se completeze acea dimensiune evolutivă, virtuală şi structurală a bolii, prin analiza dimensiunii ce o face necesară, semnificativă şi istorică.

Capitolul III

BOALA ŞI ISTORIA INDIVIDUALĂ

Evoluţia psihologică integrează trecutul prezentului, într-o unitate fără conflict, în acea unitate ordonată şi solidă ce se defineşte ca o ierarhie de structuri, pe care numai o regresie patologică o poate compromite ; istoria psihologică, dimpotrivă, ignoră un cumul asemănător al trecutului şi al prezentului ; ea îi situează unul în raport cu celălalt, interpunîndu-le acea distanţă ce autorizează, în mod normal, tensiune, conflict şi contradicţie. În evoluţie, trecutul e cel care promovează prezentul şi-l face posibil ; în istorie, prezentul e cel ce se detaşează de trecut, îi conferă un sens şi-l face inteligibil. Devenirea psihologică e, în acelaşi timp, evoluţie şi istorie, timpul psihismului trebuie să analizeze, concomitent, în funcţie de anterior şi de actual – cu alte cuvinte, în termeni evolutivi – dar, de asemenea, potrivit cu trecutul şi prezentul – adică, în termeni istorici. Atunci cînd, la sfîrşitul secolului al XIX-lea, după Darwin şi Spencer, fusesem uluiţi să descoperim adevărul despre om, în devenirea sa de fiinţă vie, ne imaginam că era posibil să se scrie istoria în termenii evoluţiei, sau chiar să le confundăm una cu cealaltă, în avantajul celei de-a doua : am întîlni, de altminteri, acelaşi sofism în sociologia aceleiaşi epoci. Eroarea originară a psihanalizei, şi după ea a majorităţii psihologiilor genetice, este, fără îndoială, faptul de-a nu fi sesizat aceste două dimensiuni ireductibile ale evoluţiei şi ale

istoriei în unitatea devenirii psihologice[1]. Dar lovitura de geniu a lui Freud este de a fi putut, destul de devreme, să depăşească acest orizont evoluţionist, definit prin termenul de libido, pentru a accede la dimensiunea istorică a psihismului uman.

În definitiv, în psihologia analitică este posibil întotdeauna să se facă departajarea dintre ceea ce revine unei psihologii a evoluţiei (precum în *Trois essais sur la sexualité*) şi ceea ce ţine de o psihologie a istoriei individuale (ca în *Cinq psychanalyses* şi textele legate de acestea). Am vorbit înainte despre evoluţia structurilor afective, aşa cum este ea detaliată de către tradiţia psihanalitică. Acum vom împrumuta de la cealaltă faţetă a psihanalizei metoda de definire a ceea ce poate fi boala mentală atunci cînd o examinăm din perspectiva istoriei individuale[2].

*

*   *

Iată o observaţie pe care Freud o citează în *Introduction à la psychanalyse*[3] : o femeie în jur de cincizeci de ani îşi bănuieşte soţul că o înşală cu o tînără care-i este secretară. Situaţie şi sentimente de o extremă banalitate. Totuşi, această gelozie are rezonanţe singulare : ea a fost provocată de o scrisoare anonimă ; i se cunoaşte autorul, care nu a acţionat decît din răzbunare, şi care nu a invocat decît fapte inexacte ; subiectul ştie toate acestea, recunoaşte de bunăvoie nedreptatea reproşurilor faţă de soţul său, vorbeşte spontan despre dragostea pe care el i-a purtat-o întotdeauna. Şi, cu toate

[1] În *Ma vie et la psychanalyse*, Freud citează influenţa lui Darwin asupra primei orientări a gîndirii sale

[2] Nu vom vorbi decît pe scurt despre teoria psihanalitică ce trebuie să fie expusă în ansamblu de Doamna Boutonier într-o lucrare din aceeaşi colecţie.

[3] *Introduction à la psychanalyse*, p 270

acestea, gelozia nu se risipeşte ; cu cît faptele proclamă mai mult fidelitatea soţului, cu atît mai mult i se întăresc bănuielile ; în mod paradoxal, gelozia ei s-a cristalizat în jurul certitudinii de-a nu fi minţită. Atunci cînd gelozia morbidă, în forma sa clasică de paranoia, este convingere de nezdruncinat, care îşi va căuta justificarea în formele extreme ale raţionamentului, avem, în această observaţie a lui Freud, exemplul unei gelozii impulsive, ce îşi contestă neîncetat temeiul, care încearcă, în fiece moment, să se nege şi să trăiască plină de remuşcări ; este aici un caz foarte curios (şi relativ rar) de gelozie obsesională.

La analiză se descoperă că femeia aceasta este îndrăgostită de ginerele ei ; dar trăieşte astfel de sentimente de vinovăţie încît nu poate suporta o asemenea dorinţă şi transferă asupra soţului greşeala de a iubi o persoană mult mai tînără. O investigaţie mai profundă arată, de altminteri, că ataşamentul acesta faţă de ginere este, el însuşi, ambivalent, şi că ascunde o ostilitate plină de gelozie, în care ţinta rivalităţii e fiica bolnavei : în miezul fenomenului morbid se găseşte, deci, o fixaţie homosexuală asupra fiicei.

Metamorfoze, simbolisme, transformări ale sentimentelor în contrariul lor, travestiri de personaje, transfer de vinovăţie, răsturnarea unei remuşcări în acuzare, iată un întreg ansamblu de procese care se relevă ca nişte trăsături ale fabulaţiei copilăreşti. Am putea apropia cu uşurinţă această proiecţie plină de gelozie de proiecţia descrisă de M. Wallon, în *Origines du caractère*[1] : el citează, după Elsa Köhler, exemplul unei fetiţe de trei ani care îşi pălmuieşte mica prietenă şi, scăldată în lacrimi, aleargă la guvernantă pentru a fi consolată că a fost bătută. La acest copil, ca şi la bolnava despre care vorbeam, se regăsesc aceleaşi structuri de comportament : incapacitatea de diferenţiere a conştiinţei de sine împiedică distincţia

[1] *Les origines du caractère chez l'enfant*, p 217.

dintre acțiune şi suferință (a bate – a fi bătut ; a minți – a fi mințit) ; ambivalența sentimentelor permite, pe de altă parte, un fel de reversibilitate între agresiune şi vinovăție. Într-un caz, ca şi în celălalt, regăsim aceleaşi trăsături ale arhaismului psihologic : fluiditate a comportamentelor afective, labilitate a structurii personale în cadrul opoziție eu – celălalt. Dar nu e vorba să confirmăm încă o dată aspectul regresiv al bolii.

Ceea ce este important aici e faptul că regresia aceasta are, la pacienta lui Freud, un sens bine precizat : pentru ea e vorba să fugă de un sentiment de culpabilitate ; se sustrage remuşcării de a-şi iubi prea mult fiica, constrîngîndu-se la a-şi iubi ginerele ; şi ea scapă de vinovăția pe care o generează acest nou ataşament, transferînd asupra soțului, printr-un soi de proiecție-n oglindă, o dragoste paralelă ca a sa. Procedeele infantile de metamorfoză a realului au, deci, o utilitate : ele constituie o fugă, o manieră ieftină de-a acționa asupra realității, un mod mitic de transformare a sinelui şi a celorlalți. Regresia nu e o cădere firească în trecut ; ea este o fugă intenționată în afara prezentului. Mai degrabă un refugiu decît o înapoiere. Dar nu putem să scăpăm de prezent decît înlocuindu-l cu altceva, iar trecutul ce apare în comportamentele patologice nu e pămîntul originar pe care se revine ca la o patrie pierdută, este trecutul artificial şi imaginar al substituirilor.

– Cînd o substituție a formelor de comportament : cele adulte, dezvoltate şi obişnuite sînt puse-n umbră de purtările infantile, simple şi nepotrivite. La fel ca şi la faimoasa pacientă a lui Janet : la gîndul că tatăl ei ar putea să se îmbolnăvească, ea prezintă formele paroxistice ale emoției puerile (criză, explozie motrice, prăbuşire), pentru că refuză purtarea normală, care ar fi să-l îngrijească, să prevadă mijloacele unei vindecări lente, să organizeze pentru ea însăşi o existență de infirmieră ;

– Cînd o substituție a obiectelor înseși : subiectul substituie formelor vii ale realității temele imaginare ale primelor sale fantasme ; iar lumea pare a se deschide asupra unor lucruri arhaice, personajele reale pălesc în fața fantomelor strămoșești ; ca și acei fobici ce se izbesc, în pragul fiecărei atitudini, de aceleași spaime amenințătoare ; personajul mutilator al tatălui sau mama captivă se profilează sub forma stereotipă a animalului terifiant, în spatele fondului difuz al angoasei ce copleșește conștiința.

Tot acest proces de transformări și repetiții arată că, la bolnavi, trecutul nu este invocat decît pentru a se substitui situațiilor prezente și că nu este împlinit decît în măsura în care e vorba să se împlinească prezentul.

*

*   *

Dar ce rost are repetarea unei crize de angoasă? Ce sens are regăsirea fantasmelor terifiante ale copilăriei, substituirea formelor actuale de activitate cu tulburările majore ale unei afectivități încă prost reglate? De ce să se evite prezentul, dacă aceasta e pentru a regăsi tipuri de comportamente dezadaptate?

Inerție patologică a comportamentelor? Manifestare a unui principiu de repetare pe care Freud îl extrapolează în realitatea biologică a unui paradoxal „instinct al morții“, ce tinde spre imobil, spre identic, spre monoton, spre anorganic, la fel cum instinctul vieții tinde către mobilitatea mereu nouă a ierarhiilor organice? Fără îndoială, se dă astfel faptelor un nume ce, îmbinîndu-le, respinge orice formă de explicație. Există, însă, în studiul lui Freud și al psihanalizei, lucruri care să explice această nerealizare a prezentului altfel decît prin repetarea, pur și simplu, a trecutului.

Freud însuşi a avut ocazia să analizeze un simptom în formare. Era vorba de un băiețel de patru ani, micuțul Hans[1], care manifesta o teamă fobică față de cai. Frică ambiguă, pentru că el căuta toate ocaziile de a-i vedea şi fugea la fereastră de cum auzea o căruță ; dar, terorizat, el făcea crize de spaimă îndată ce zărea calul pe care venise să-l vadă. Mai mult, frică paradoxală, pentru că se temea, concomitent, să nu-l muşte calul şi ca animalul, căzînd, să nu se rănească. Dorea sau nu să vadă cai? Se temea pentru el sau pentru ei? Toate-n acelaşi timp, fără îndoială. Analiza aşază copilul în punctul nodal al tuturor situațiilor oedipiene : de bunăvoie, tatăl a încercat să prevină la acesta o fixație prea puternică făcută asupra mamei ; dar ataşamentul față de mamă nu a devenit decît şi mai violent, exacerbat, în plus, de naşterea unei surori mai mici, astfel încît tatăl a fost întotdeauna pentru micul Hans un obstacol între el şi mamă. Tocmai în acest moment se formează sindromul. Simbolismul cel mai elementar al materialului oniric permite să se ghicească, în imaginea calului, un substitut al imaginii („imago") paterne ; şi în ambiguitatea spaimelor copilului e uşor de recunoscut dorința morții tatălui. Simptomul morbid este, de o manieră imediată, satisfacerea unei dorințe ; această moarte, pe care nu conştientizează că o doreşte pentru tatăl său, copilul o trăieşte la modul imaginar al morții unui cal.

Dar acest simbol, şi aici e punctul important, nu constituie doar expresia mitică şi figurativă a realității ; el joacă un rol funcțional, în raport cu această realitate. Fără îndoială, frica de a fi muşcat de cal este o expresie a spaimei de castrare : ea simbolizează interdicția paternă față de toate activitățile sexuale. Dar această teamă de a fi rănit e dublată de obsesia conform căreia calul însuşi ar putea să cadă, să se rănească şi să moară : ca şi cînd copilul se pune la

[1] *Cinq psychanalyses*

adăpost față de propria frică prin dorința de a-şi vedea părintele murind şi astfel obstacolul, care-l separă de mama sa, să cadă. Or, această dorință distrugătoare nu apare imediat ca atare în fantasma fobică : ea nu e prezentă aici decît sub forma deghizată a unei frici ; copilul se teme atît de moartea calului, cît şi de propria rană. El se opune dorinței sale de moarte şi respinge această vinovăție, trăind-o la modul unei terori echivalente fricii pe care o încearcă pentru sine ; el se teme pentru tatăl său de ceea ce se teme pentru el însuşi ; dar tatăl său nu are să se teamă decît de ceea ce lui îi e frică să dorească împotrivă-i. Vedem, deci, că valoarea expresivă a sindromului nu este imediată, dar că ea se constituie prin intermediul unei serii de mecanisme de apărare. Două dintre ele au funcționat în acest caz de fobie : primul a transformat frica pentru sine însuşi în dorință ucigaşă contra celui ce suscită spaima ; al doilea a transformat această dorință în frica de-a o vedea împlinindu-se.

Plecînd de la acest exemplu putem, deci, să spunem că avantajul găsit de bolnav în neîmplinirea prezentului în boala sa are ca origine nevoia de-a se apăra împotriva acestui prezent. Boala are ca esență ansamblul reacțiilor de sustragere şi de apărare prin intermediul cărora bolnavul reacționează la situația în care se găseşte ; şi, pornind de la acest prezent, de la situația actuală, trebuie să se înțeleagă şi să se dea sens regresiilor evolutive ce apar în comportamentele patologice ; regresia nu constituie numai o virtualitate a evoluției, ea este o consecință a istoriei.

Această noțiune de apărare psihologică e capitală. În jurul ei s-a închegat întreaga psihanaliză. Investigare a inconştientului, căutare a traumatismelor din copilărie, eliberare de un libido presupus a se afla în spatele tuturor fenomenelor vieții afective, dezvăluirea impulsurilor mitice, precum instinctul morții – psihanaliza n-a fost decît toate acestea, vreme îndelungată ; ea tinde, din ce în ce, să-şi orienteze cercetarea către mecanismele de apărare şi să admită, în

final, că subiectul nu-şi reproduce istoria decît pentru că răspunde unei situaţii prezente. Anna Freud a făcut un inventar al acestor mecanisme de apărare[1] : dincolo de sublimare, considerată ca o purtare normală, ea găseşte nouă procedee prin care bolnavul se apără şi care, prin combinaţiile lor, definesc diferitele tipuri de nevroze : refularea, regresia, formaţiunea reacţională, izolarea, anularea retroactivă, proiecţia, introiecţia, întoarcerea împotriva sinelui, transformarea în opusul său.

– Istericul uzează îndeosebi de refulare ; el sustrage conştientului toate reprezentările sexuale ; el întrerupe, ca măsură de protecţie, continuitatea psihologică, şi în aceste „sincope psihice“ se ivesc inconştientul, uitarea, indiferenţa ce constituie aparenta „bună dispoziţie“ a istericului ; el distruge, astfel, unitatea corpului pentru a-i şterge toate simbolurile şi toate substitutele sexualităţii : de unde anesteziile şi paraliziile pitiatice ;

– Din contră, obsesivul se apără mai ales prin „izolare“ ; el separă emoţia conflictuală de contextul său ; îi atribuie simboluri şi expresii fără vreo legătură aparentă cu conţinutul ei real ; iar forţele aflate în conflict fac să survină, pe neaşteptate, comportamente impulsive, rigide şi absurde, în cadrul unei conduite adaptate : dovadă acea bolnavă a lui Freud[2], care, fără să ştie pentru ce, fără să se poată justifica singură, prin nici un sentiment de precauţie sau avariţie, nu reuşea să se abţină să noteze toate numerele de bancnote ce-i treceau prin mîini. Însă atitudinea, absurdă-n insolitul ei, avea sens dacă o reaşezai în contextul ei afectiv : ea se făcea ecoul dorinţei bolnavei de a se asigura de dragostea unui bărbat, încredinţîndu-i, drept gaj, o monedă ; dar toate monezile se aseamănă... ; dacă, cel puţin, i-ar fi dat o bancnotă pe care să o fi

[1] ANNA FREUD, *Le moi et les mécanismes de défense*, p. 39
[2] *Introduction à la psychanalyse*, p 286

putut recunoaşte după număr... Iar ea se apărase de această iubire pe care o socotea vinovată, izolînd comportarea de justificările sale sentimentale ;

– Delirînd, în acelaşi timp persecutat şi persecutor, denunţînd în sufletul celorlalţi propriile dorinţe şi duşmănii, iubind ceea ce vrea să distrugă, identificîndu-se ce ceea ce urăşte, paranoicul se caracterizează mai cu seamă prin mecanismele de proiecţie, de introiecţie şi de răstălmăcire. Freud a indicat primul[1], în gelozia paranoică, ansamblul acestor procese. Cînd paranoicul reproşează partenerului său că l-a minţit, atunci cînd organizează în jurul acestei infidelităţi un întreg ansamblu de interpretări, el nu face altceva decît să-i reproşeze celuilalt ceea ce-şi reproşează sieşi ; dacă-şi acuză amanta că-l înşală cu un prieten e pentru că, în mod cert, el însuşi încearcă exact aceeaşi dorinţă ; el rezistă acelei tentaţii homosexuale transformînd-o în raport heterosexual, şi proiectînd-o asupra celuilalt, sub forma unui reproş de infidelitate. Dar, printr-o proiecţie simetrică, ce are şi ea semnificaţia unei justificări şi a unui catharsis, el va acuza de dorinţă homosexuală tocmai pe acela pe care-l doreşte şi, printr-o răsturnare de afect, se va grozăvi cu o ură mitică ce justifică, în ochii săi, insistenţele rivalului. Nu sînt eu cel care te înşală ; tu eşti cel care mă trădezi ; nu sînt eu cel care-l iubeşte, el este cel ce mă doreşte şi mă urmăreşte ; eu nu am pentru el dragoste, ci numai ură : acestea sînt mecanismele prin care un paranoic, apărîndu-se contra homosexualităţii sale, creează un delir de gelozie.

Iteraţia patologică a trecutului are, deci, acum un sens ; nu este dimensiunea unui „instinct al morţii“ care-l impune ; regresia face parte din acele mecanisme de apărare, sau, mai degrabă, ea constituie refugiul în ansamblurile de protecţie deja stabilite. Forma iterativă

[1] *Cinq psychanalyses* „Le Président Schreber“, p. 301.

a patologicului nu este decît secundară, în raport cu semnificația sa defensivă.

*

* *

Rămîne problema esențială : împotriva cui se apără bolnavul atunci cînd, copil, stabileşte forme de protecție pe care le va reactualiza prin repetările nevrotice din viața sa adultă? Ce reprezintă acel pericol permanent care, apărut la începutul vieții sale psihologice, se va extinde constant asupra universului propriu, amenințare cu o mie de fețe a unui pericol rămas identic?

Şi aici analiza unui simptom poate să ne servească drept fir director. O fetiță de circa zece ani săvîrşeşte o pungăşie[1] : ea şterpeleşte un baton de ciocolată sub ochii vînzătoarei ce o dojeneşte şi o amenință să povestească întîmplarea mamei. Furt pe care forma sa impulsivă şi neobişnuită îl desemnează îndată ca nevrotic. Istoria subiectului arată cu claritate că simptomul acesta se află la punctul de convergență a două comportamente : dorința de a recăpăta afecțiunea maternă ce îi este refuzată şi al cărei simbol e aici, precum cel mai adesea, obiectul alimentar ; şi, pe de altă parte, ansamblul reacțiilor de vinovăție ce însoțesc efortul agresiv pentru a capta această afecțiune. Între cele două atitudini, simptomul va apărea ca un compromis ; copilul va da frîu liber nevoilor sale de afecțiune comițînd pungăşia, dar îşi va elibera tendințele de vinovăție, săvîrşind-o într-o asemenea manieră încît să fie surprinsă. Comportamentul furtului stîngaci se relevă ca o abilitate de conduită ; grosolănia sa e o viclenie : compromis între două tendințe contradictorii, este o manieră de-a domina un conflict. Mecanismul

[1] A. FREUD, *Le traitement psychanalytique des enfants*

patologic e, deci, protecţie împotriva unui conflict, rezistenţă în faţa contradicţiei pe care o suscită.

Dar nu orice conflict declanşează o reacţie morbidă şi tensiunea pe care o generează nu e neapărat patologică ; ea este mai degrabă trama întregii vieţi psihologice. Conflictul pe care îl dezvăluie compromisul nevrotic nu e simplă contradicţie externă într-o situaţie obiectivă ; ci contradicţie iminentă, în care termenii se îmbină în aşa fel încît compromisul, departe de-a fi o soluţie, este, în ultimă instanţă, o aprofundare a conflictului. Cînd un copil fură ca să recupereze afecţiunea pierdută şi îşi linişteşte scrupulele lăsîndu-se surprins, e limpede că rezultatul gestului său, aducînd pedeapsa dorită, îi va retrage, încă o dată, afecţiunea pe care o regretă, îi va amplifica dorinţele captative pe care le simbolizează furtul său şi le satisface un moment, va spori, în consecinţă, sentimentele de vinovăţie. Experienţa frustrării şi reacţia de vinovăţie sînt astfel legate, nu ca două forme de comportament divergent care să divizeze atitudinea, ci ca o unitate contradictorie ce defineşte dubla polaritate a uneia şi aceleiaşi conduite. Contradicţia patologică nu este conflictul normal : acesta sfîşie din afară viaţa afectivă a subiectului ; declanşează atitudini opuse, îl face să oscileze ; provoacă acţiuni, apoi stîrneşte remuşcarea ; poate să exalte contradicţia pînă la incoerenţă. Dar incoerenţa normală e, cu toată stricteţea, diferită de absurditatea patologică. Ea e animată din interior de contradicţie ; coerenţa gelosului în a-şi convinge partenera de infidelitate este perfectă ; perfectă e şi coerenţa obsedatului în precauţiile pe care şi le ia. Această coerenţă, însă, e absurdă pentru că, dezvoltîndu-se, adînceşte contradicţia pe care doreşte să o înfrîngă ; cînd una dintre pacientele lui Freud înlătură din camera sa, dintr-o îngrijorare obsesională, toate pendulele şi toate ceasurile ale căror tic-tac-uri ar putea să-i tulbure somnul, ea se apără-n acelaşi timp împotriva dorinţelor sale sexuale şi le satisface într-o manieră mitică : ea

îndepărtează toate simbolurile sexualității, dar și pe cele ale armoniei fiziologice ce ar putea să conturbe maternitatea pe care o dorește : în același timp în care-și satisface dorințele la modul magic, își înmulțește, realmente, sentimentele de vinovăție[1]. Acolo unde individul normal trăiește experiența contradicției, bolnavul trăiește o experiență contradictorie ; experiența unuia se deschide spre contradicție, a celuilalt se închide peste ea. În alți termeni : conflict normal sau ambiguitate a situației ; conflict patologic ori ambivalență a experienței[2].

Așa cum frica este o reacție la amenințarea exterioară, angoasa e dimensiunea afectivă a acestei contradicții interne. Dezorganizare totală a vieții afective, ea reprezintă expresia majoră a ambivalenței, forma în care se desăvîrșește întrucît e experiența vertiginoasă a contradicției simultane, dovada unei dorințe identice de viață și de moarte, de iubire și de ură, apoteoza sensibilă a contradicției psihologice : angoasă a copilului care descoperă prin mușcătură că erotismul absorbției este încărcat de agresivitate destructivă, angoasă a melancolicului care, pentru a smulge morții obiectul dorit, se identifică cu el, devine ceea ce a fost, dar sfîrșește prin a se implica el însuși în moartea celuilalt ; și nu poate să-l rețină în propria viață decît regăsindu-l în moarte. O dată cu angoasa ne aflăm în miezul semnificațiilor patologice. Sub toate mecanismele de protecție care singularizează boala, se dezvăluie angoasa și fiecare tip de boală definește o manieră specifică de a reacționa la aceasta : istericul își refuză angoasa și o radiază treptat, încarnînd-o într-un simptom corporal ; obsedatul ritualizează, în jurul unui simbol, atitudini ce-i permit să satisfacă cele două laturi ale ambivalenței sale ; cît despre

---

[1] *Introduction à la psychanalyse*, p. 287.

[2] Tocmai această unitate contradictorie a conduitei și a vieții afective o denumim, după Bleuler, „ambivalență".

paranoic, el se justifică mitic, atribuind altora, prin proiecţie, toate sentimentele ce conţin în ele propriile contradicţii ; repartizează asupra semenului elementele ambivalenţei sale şi îşi maschează angoasa sub formele agresivităţii. Şi angoasa este, ca mărturie psihologică a contradicţiei interioare, cea care serveşte de numitor comun şi dă o semnificaţie unică devenirii psihologice a unui individ : ea a fost dovedită, pentru prima dată, în contradicţiile din timpul copilăriei şi în ambivalenţa pe care ele o suscită ; iar în puseul său latent, mecanismele de apărare s-au manifestat repetînd, pe parcursul unei vieţi, ritualurile lor, precauţiile, manevrele lor rigide îndată ce angoasa ameninţă să reapară.

Putem, deci, să spunem într-un sens că, prin angoasă, evoluţia psihologică se transformă în istorie individuală ; într-adevăr, angoasa e cea care, unind trecutul cu prezentul, le situează unul în raport cu celălalt şi le conferă o comunitate de sensuri ; comportamentul patologic ne păruse a avea, în mod paradoxal, un conţinut arhaic şi o inserţie semnificativă în prezent ; prezentul, pe punctul de a suscita ambivalenţa şi angoasa, provoacă funcţionarea protecţiei nevrotice ; dar această angoasă ameninţătoare şi mecanismele ce o îndepărtează au fost de multă vreme fixate în istoria subiectului. Aşadar, boala se desfăşoară în maniera unui cerc vicios : bolnavul, prin mecanismele sale actuale de apărare, se protejează împotriva unui trecut a cărui prezenţă secretă face să apară angoasa ; dar, pe de altă parte, subiectul se pune la adăpost împotriva eventualităţii unei angoase actuale, apelînd la măsuri demult instaurate în situaţii similare. Bolnavul se înarmează cu prezentul împotriva trecutului ori se protejează de prezent cu ajutorul unei istorii trecute? Fără îndoială, trebuie să spunem că în acest cerc se află esenţa comportamentelor patologice ; dacă bolnavul este suferind, e în măsura în care legătura prezentului cu trecutul nu se face în stilul unei integrări progresive. Cu siguranţă, orice individ a trăit angoasa

și a instituit comportamente de apărare ; dar bolnavul își trăiește angoasa și mecanismele de apărare într-o circularitate ce-l face să i se opună prin mecanismele care sînt legate istoric de aceasta ; e motivul pentru care o amplifică și mai mult și amenință, neîncetat, să-l readucă la lumină. Prin opoziție cu istoria individului normal, această monotonie circulară e caracteristica istoriei patologice.

*

* *

Psihologia evoluției, care descrie simptomele ca și comportamentele arhaice, trebuie, deci, să fie completată de o psihologie a genezei ce descrie, într-o istorie, semnificația actuală a acestor regresii. Trebuie să se găsească un stil de coerență psihologică ce autorizează inteligibilitatea fenomenelor morbide, fără să ia drept model de referință stadiile descrise ca faze biologice. Trebuie să se afle punctul esențial al semnificațiilor psihologice cu începere de la care, istoricește, se ordonează comportamentele morbide.

Or, acest punct către care converg semnificațiile, tocmai am văzut, este angoasa. Istoria psihologică a bolnavului se constituie ca un ansamblu de comportamente semnificative, ce instituie mecanisme de apărare împotriva ambivalenței contradicțiilor afective. Dar, în istoria psihologică, statutul angoasei e ambiguu : o regăsim sub trama tuturor episoadelor patologice ale unui subiect ; ea le marchează neîncetat ; dar tocmai pentru că era prezentă, aceste episoade s-au succedat, ca tot atîtea tentative de-a se elibera de ea ; dacă le însoțește e deoarece le-a precedat. Pentru ce un anumit individ nu întîlnește, într-o situație, decît un conflict ușor de învins, iar un altul o contradicție în care se zăvorăște la modul patologic? Pentru ce, aceeași ambiguitate oedipiană va fi depășită de către unul, în timp ce, la celălalt, va declanșa lunga suită a mecanismelor

patologice? Există acolo o formă de necesitate pe care istoria individuală o dezvăluie ca pe o problemă, dar nu reuşeşte să o justifice. Pentru ca o contradicţie să fie trăită la modul anxios al ambivalenţei, pentru ca, apropo de un conflict, un subiect să se închidă în circularitatea mecanismelor patologice de apărare, a trebuit ca angoasa să fie deja prezentă, ceea ce a transformat ambiguitatea unei situaţii în ambivalenţă a reacţiilor. Dacă angoasa cuprinde viaţa unui individ, se datorează faptului că ea este principiul şi fundamentul său ; de la început, ea defineşte un anumit fel de experienţă ce marchează traumatismele, mecanismele psihologice pe care le declanşează, formele de repetiţie pe care la ia pe durata episoadelor patologice : ea este ca şi un *a priori* al existenţei.

Analiza evoluţiei determina boala ca pe o virtualitate ; istoria individuală permite să o înfăţişăm ca pe un fapt al devenirii psihologice. Dar acum trebuie să o înţelegem în necesitatea sa existenţială.

Capitolul IV

BOALA ŞI EXISTENŢA

Analiza mecanismelor bolii încetează în prezenţa unei realităţi care le depăşeşte şi le alcătuieşte în natura lor patologică ; oricît de departe a fost împinsă, ea ne invită să vedem în angoasă elementul morbid ultim, precum şi nucleul bolii. Dar pentru a o înţelege, se impune un nou stil de analiză : formă de experienţă ce-şi depăşeşte propriile manifestări, angoasa nu poate niciodată să fie minimalizată printr-o analiză de tip naturalist ; ancorată în inima istoriei individuale, pentru a-i da, în evenimentele sale, o semnificaţie unică, ea nu poate nici să fie epuizată printr-o analiză de tip istoric, însă istoria şi natura umană nu pot fi înţelese decît raportîndu-se la ea.

Trebuie acum să ne stabilim în centrul acestei experienţe ; doar înţelegînd-o din interior va fi posibil să se plaseze în loc, în cadrul universului morbid, structurile naturale, constituite prin evoluţie, şi mecanismele individuale, cristalizate prin istoria psihologică. Metodă ce niciodată nu trebuie să împrumute nimic de la „Naturwissenschaften", de la analizele lor discursive, de la cauzalitatea lor mecanicistă ; metodă ce nu va trebui niciodată să se întoarcă înspre istoria biografică, cu descrierea sa de înlănţuiri succesive şi determinismul său în serie. Metodă care, dimpotrivă, trebuie să înţeleagă ansamblurile ca pe nişte totalităţi ale căror elemente nu pot fi disociate, oricît de dispersate ar fi în istorie. Nu mai e suficient să spunem că teama copilului este cauza fobiilor ivite la adolescent, ci trebuie să se regăsească, în această frică originară şi în aceste

simptome morbide, acelaşi tip de angoasă ce le conferă unitatea lor semnificativă. Logica discursivă nu are ce căuta aici : ea se pierde în confuzia delirului şi se epuizează în urmărirea raţionamentelor paranoicului. Intuiţia merge mai repede şi mai departe, cînd ajunge să redea experienţa fundamentală ce domină toate procesele patologice (de exemplu, în paranoia, alterarea radicală a raportului cu semenul). În acelaşi timp în care-şi etalează, la o singură privire, totalităţile esenţiale, intuiţia reduce, pînă la epuizare, această distanţă din care e făcută întreaga cunoaştere obiectivă : analiza naturalistă înfăţişează bolnavul cu distanţarea cuvenită faţă de un lucru natural ; reflexia istorică îl menţine în acea alteritate ce permite să se explice, dar, arareori, să se înţeleagă. Intuiţia, tresăltînd în interiorul conştiinţei morbide, încearcă să vadă universul patologic cu ochii bolnavului însuşi : adevărul pe care-l caută nu este de ordinul obiectivităţii, ci de al intersubiectivităţii.

În măsura în care a înţelege vrea să însemne, în acelaşi timp, a pune în ordine, a sesiza dintr-o dată şi a descoperi, această nouă reflexie asupra bolii e, înainte de toate, „comprehensiune" : este acea metodă pe care a practicat-o psihologia fenomenologică.

Dar e posibil să se înţeleagă totul? Specificul maladiei mentale, în opoziţie cu comportamentul normal, nu e tocmai de a putea să fie explicată, ci să reziste la orice comprehensiune. Gelozia, oare, nu este normală atunci cînd îi înţelegem chiar şi exagerările şi nu este morbidă atunci cînd „nu îi mai înţelegem" reacţiile, fie şi cele mai elementare? Îi revine lui Jaspers[1] meritul de-a fi arătat că inteligibilitatea poate să se întindă cu mult dincolo de frontierele normalului şi că înţelegerea intersubiectivă poate să atingă universul patologic în esenţa sa.

[1] K. JASPERS, *Psychopathologie générale*

Fără îndoială, există forme care sînt încă, şi vor rămîne, opace la înțelegerea fenomenologică. Acestea sînt derivații direcți ai proceselor a căror mişcare însăşi este străină conştiinței normale, ca erupțiile, în conştiință, ale imaginilor provocate de intoxicații, ori precum acei „meteori psihici" ce nu se pot explica decît printr-o întrerupere a tempo-ului conştiinței, prin ceea ce Jaspers numeşte o „ataxie psihică" ; în fine, sînt acele impresii ce par împrumutate de la o materie sensibilă, totalmente străină de sfera noastră : sentiment al unei influențe care pătrunde pînă-n interiorul gîndirii, impresie de-a fi traversat de cîmpuri de forță, în acelaşi timp materiale şi misterior invizibile, experiență a unei transformări aberante a corpului.

Dar, dincolo de aceste limite îndepărtate ale înțelegerii, cu începere de la care se deschide universul străin şi mort, pentru noi, al absurdului, universul morbid rămîne uşor de pătruns. Şi, prin această inteligibilitate, e vorba de a reda, totodată, experiența pe care bolnavul o dobîndeşte despre boala sa (maniera în care el îşi duce viața ca individ bolnav, sau anormal, sau suferind), şi universul morbid asupra căruia se deschide această conştiință a bolii, lumea pe care o vizează şi, în acelaşi timp, o constituie. Înțelegere a conştiinței bolnave şi reconstituire a universului său patologic, acestea sînt cele două dimensiuni ale unei fenomenologii a maladiei mentale.

*

* *

Conştiința pe care bolnavul o are despre propria-i boală e perfect originală. Nimic nu este mai fals, fără îndoială, decît mitul nebuniei, boală ce se ignoră ; distanța ce separă conştiința medicului de aceea a bolnavului nu e măsurată prin distanța ce separă ştiința bolii şi

neştiinţa sa. Medicul nu este partea sănătăţii care deţine toate cunoştinţele asupra bolii, iar bolnavul nu este partea bolii care ignoră orice cu privire la ea însăşi, pînă şi propria-i existenţă. Bolnavul îşi recunoaşte anomalia şi îi dă, cel puţin, semnificaţia unei diferenţe ireductibile, ce-l separă de conştiinţa şi de universul celorlalţi. Dar bolnavul, oricît de lucid ar fi, nu are asupra bolii perspectiva medicului ; el nu adoptă niciodată acea distanţă speculativă care i-ar permite să sesizeze boala ca pe un proces obiectiv, desfăşurîndu-se independent de sine ; conştiinţa bolii e cuprinsă în interiorul afecţiunii ; ea e ancorată într-însa şi, în momentul în care o percepe, o exprimă. Modul în care un subiect îşi acceptă sau îşi respinge boala, felul în care o interpretează şi conferă semnificaţie formelor sale cele mai absurde, toate acestea constituie una dintre dimensiunile esenţiale ale bolii. Nici scufundare inconştientă în procesul morbid, nici conştiinţă lucidă, dezinserată şi obiectivă a acestui proces, ci recunoaştere aluzivă, percepţie difuză a unui decor morbid, pe fondul căruia se detaşează semnele patologice, astfel e această conştiinţă ambiguă ale cărei variaţii trebuie analizate de reflexia fenomenologică[1].

1) Boala poate fi percepută cu un statut de obiectivitate ce o plasează la o distanţă maximă de conştiinţa bolnavă. În efortul său de a o înfrîna şi de-a nu se recunoaşte în ea, bolnavul îi conferă semnificaţia unui proces accidental şi organic. Bolnavul îşi menţine afecţiunea în limitele corpului său : omiţînd sau negînd orice transformare a experienţei psihologice, el nu dă importanţă şi, în cele din urmă, nu percepe şi nu tematizează decît materialitatea organică a experienţei sale. Departe de a-şi ascunde boala, o etalează, dar numai în formele ei fiziologice ; iar în obiectivitatea pe care

---

[1] Tocmai din această perspectivă WYRSCH a studiat schizofrenia *(Die Person des Schizophrenen)*.

bolnavul o atribuie simptomelor sale, medicul e îndreptăţit să vadă manifestarea unor tulburări subiective. Este tocmai acea supremaţie a proceselor organice, în cîmpul de conştiinţă al bolnavului şi în felul în care el se teme de boala sa, care constituie gama simptomelor isterice (paralizii ori anestezii psihogene), a simptomelor psihosomatice sau, în fine, a grijilor ipohondre, ipostază întîlnită atît de des în psihastenie sau în anumite forme de schizofrenie. La fel ca şi elementele maladiei, aceste forme organice sau pseudoorganice sînt pentru subiect moduri de aprehensiune ale propriei boli.

2) În cea mai mare parte a tulburărilor obsesionale, în numeroase cazuri de paranoia şi în anumite schizofrenii, bolnavul recunoaşte că procesul morbid face corp comun cu personalitatea sa. Însă într-o manieră paradoxală : el regăseşte-n istoria sa, în conflictele cu anturajul, în contradicţiile din situaţia sa actuală, premisele bolii ; el îi descrie geneza ; dar, în acelaşi timp, vede în debutul maladiei explozia unei existenţe noi ce-i modifică profund sensul vieţii, cu riscul de-a o primejdui. Dovadă, acei geloşi ce-şi justifică suspiciunea, interpretările, sistematizările delirante printr-o geneză minuţioasă a bănuielilor personale şi care par să-şi atenueze simptomele de-a lungul întregii lor existenţe ; dar ei recunosc că, începînd cu o anumită aventură sau cu un anumit salt al pasiunii, existenţa le e transformată în întregime, că viaţa le este otrăvită şi că nu o mai pot suporta. Ei văd în gelozia lor morbidă cel mai adînc adevăr al existenţei şi, totodată, cea mai radicală nenorocire. O normalizează, raportînd-o la întreaga lor viaţă anterioară ; dar se detaşează, izolînd-o ca pe o răvăşire brutală. Ei îşi percep boala ca pe un destin ; ea nu pune capăt vieţii lor decît zdrobind-o.

3) Această unitate paradoxală nu poate fi menţinută întotdeauna : elementele morbide se detaşează atunci de contextul lor normal şi, repliindu-se asupra lor înşile, alcătuiesc o lume autonomă. Lume ce are, pentru bolnav, numeroase semne de obiectivitate : ea e

determinată de forțe exterioare pe care misterul le face să scape oricărei investigații, ea se impune evidenței, rezistă la efort. Halucinațiile în care abundă îi dau bogăția sensibilă a realului ; delirul ce-i îmbină elementele îi asigură o coerență cvasirațională. Conştiința bolii, însă, nu se umbreşte în această cvasiobiectivitate ; ea rămîne prezentă, cel puțin într-o manieră marginală : acel univers de elemente halucinatorii şi de deliruri închegate nu face decît să se juxtapună lumii reale. Bolnavul nu confundă niciodată glasul medicului cu vocile halucinatorii ale persecutorilor săi, chiar dacă, pentru el, însuşi medicul nu e decît un persecutor. Delirul cel mai acut nu pare bolnavului decît, cel mult, la fel de real ca şi realitatea însăşi ; şi în acest joc a două realități, în această ambiguitate teatrală, conştiința bolii se relevă drept conştiință a unei alte realități.

Bolnavul e gata să recunoască o asemenea opoziție față de universul real sau, mai degrabă, ireductibila juxtapunere a acestor două lumi reale : un bolnav suferind de halucinații îşi întreabă interlocutorul dacă nu aude, ca şi el, vocile ce îl hărțuiesc ; el îl somează să abdice în fața acestei evidențe sensibile ; dar dacă i se opune o negație ori o ignorare masivă a faptelor pe care le invocă, el se acomodează destul de bine şi declară că, în aceste condiții, e singurul care le aude. Pentru el, această singularitate a experienței nu anulează certitudinea ce o însoțeşte, dar recunoaşte acceptînd, chiar afirmînd, caracterul ciudat, dureros de singular al universului său ; admițînd două lumi, adaptîndu-se celei dintîi, ca şi celei de a doua, el manifestă, în planul din spatele propriei conduite, o conştiință specifică a bolii sale.

4) În fine, în formele ultime de schizofrenie şi în stările de demență, bolnavul e absorbit de universul maladiei sale. El sesizează, totuşi, universul pe care l-a abandonat ca pe o realitate îndepărtată şi voalată. Într-un asemenea peisaj crepuscular, unde experiențele cele mai palpabile – evenimentele, cuvintele, anturajul – iau o formă

fantomatică, se pare că bolnavul mai păstrează un sentiment oceanic al propriei boli. Scufundat în universul morbid, el are sentimentul realităţii ; şi, pe cît putem să presupunem, după relatarea bolnavilor vindecaţi, impresia rămîne întotdeauna prezentă în conştiinţa individului, anume că realitatea nu e sesizată decît travestită, caricaturizată şi metamorfozată, în sensul strict al termenului, ca în vis. Doamna Séchehaye, care a îngrijit şi vindecat o tînără schizofrenică, a adunat impresiile pe care bolnava le-a trăit de-a lungul episodului patologic : „S-ar putea spune, povestea, că percepţia mea asupra lumii mă făcea să simt, într-o manieră mai intensă, bizareria lucrurilor. În linişte şi în imensitate, fiecare obiect se tăia cu cuţitul, detaşat în vid, în nelimitat, separat de celelalte lucruri. Fiind el însuşi, fără legătură cu anturajul, începea să existe... Mă simţeam izgonită din lume, în afara vieţii, spectatoare a unui film haotic ce se derula fără întrerupere în faţa ochilor mei, şi la care nu ajungeam să particip". Şi, ceva mai încolo, adăuga : „Oamenii îmi apar ca într-un vis ; eu nu mai ajung să le disting caracterul particular"[1]. Conştiinţa bolii nu mai este atunci decît o imensă suferinţă morală în faţa unei lumi recunoscute ca atare prin referirea implicită la o realitate devenită inaccesibilă.

Maladia, oricare ar fi formele sale şi stadiile de întunecare pe care le comportă, implică, întotdeauna, o conştiinţă a bolii ; universul morbid nu este niciodată un absolut în care s-ar aboli toate referirile la normal ; dimpotrivă, conştiinţa bolnavă se manifestă întotdeauna pentru ea însăşi, cu o dublă referire, fie la normal şi patologic, fie la familiar şi la straniu, fie la singular şi la universal, fie, în sfîrşit, la veghe şi la oniric.

[1] SÉCHEHAYE, *Journal d'une schizophrène*, pp. 50 şi 56

*

* *

Dar această conştiinţă bolnavă nu se limitează la conştientizarea bolii sale ; ea se adresează, de asemenea, unui univers patologic, ale cărui structuri ar trebui acum studiate, completînd astfel analiza noetică cu analiza noematică.

1) M. Minkowski a studiat perturbaţiile în formele temporale ale universului morbid. El a analizat, în particular, un caz de delir paranoic în care bolnavul se simte ameninţat de catastrofe pe care nici o precauţie nu le poate înlătura : în fiecare moment, iminenţa se reînnoieşte, iar faptul că nenorocirea de care s-a temut nu s-a produs niciodată, nu poate să garanteze că nu se va produce în minutele următoare. Or, catastrofa de care se simte ameninţat este de a pieri zdrobit de tot ceea ce este în lume reziduu, cadavru, rămăşiţă, deşeu. Între acest conţinut al delirului şi motivul anxios al iminenţei catastrofale e uşor să se vadă un raport semnificativ : ideea fixă de „resturi“ dovedeşte la subiect o incapacitate de a concepe cum poate să dispară un lucru, cum ceea ce nu mai este poate să nu mai rămînă. Pentru el, acumularea trecutului nu mai poate să se anuleze şi, totodată, trecutul şi prezentul nu ajung să anticipeze viitorul ; nici o măsură de securitate luată nu poate să garanteze împotriva ameninţărilor pe care le conţine ; în viitor, totul este, în mod absurd, posibil. În înlănţuirea lor delirantă, aceste două teme exprimă astfel o perturbare majoră în temporalitate, timpul nu se mai proiectează, nici nu se scurge ; trecutul se acumulează, iar unicul viitor care se înfăţişează nu poate conţine, ca promisiune, decît zdrobirea prezentului de către masa, neîncetat, împovărătoare a trecutului[1].

[1] MINKOWSKI, *Le temps vécu*

Fiecare tulburare suportă, aşadar, o modificare specifică a timpului trăit. Binswanger, de exemplu, a definit prin *Ideenflucht* perturbaţia temporală a existenţei maniacale : acolo, timpul. prin fragmentare, e fărîmiţat şi, fără deschidere asupra trecutului şi a viitorului, el se învîrteşte în jurul lui însuşi, acţionînd cînd prin salturi, cînd prin repetiţii. Tocmai pe fondul temporalităţii astfel perturbate, trebuie să se înţeleagă „fuga ideilor", cu alternanţa sa caracteristică de repetiţii tematice, de asocieri inconstante şi ilogice. Timpul schizofrenicului este, de asemenea, sacadat, dar el este fărîmiţat prin iminenţa Imprevizibilului şi a Terifiantului, căruia bolnavul nu i se sustrage decît prin mitul unei eternităţi vide : temporalitatea schizofrenicului se împarte, aşadar, între timpul divizat al angoasei şi eternitatea, fără formă, nici conţinut, a delirului[1].

2) Spaţiul, ca structură a universului trăit, poate să se preteze aceleiaşi analize.

Uneori, distanţele se năruie, ca la acei suferinzi de delir ce recunosc aici persoane pe care le ştiau în altă parte, sau acei suferinzi de halucinaţii ce le aud vocile, nu în spaţiul obiectiv, unde se situează sursele sonore, ci într-un spaţiu mitic, într-un soi de cvasispaţiu unde axele de referinţă sînt fluide şi mobile : ei aud aici, aproape de ei, în jurul lor, într-înşii, vocile torţionarilor, pe care le situează, în acelaşi timp, dincolo de pereţi, cu mult dincolo de oraş şi frontiere. Spaţiului transparent, în care fiece obiect îşi are locul geografic şi unde perspectivele se articulează, i se substituie un spaţiu opac, în care obiectele se amestecă, se apropie şi se îndepărtează cu o mobilitate instantanee, se deplasează fără să se mişte şi fuzionează, în final, într-un orizont fără perspectivă ; cum spune M. Minkowski, „spaţiul senin" se estompează în „spaţiul obscur", acela al fricii şi

---

[1] BINSWANGER, Der Fall Jurg Zund, în *Schweizer Archiv f. Neur.*, 1946

al nopții, sau, mai degrabă, se contopesc în universul morbid, în loc să se distribuie, cum o fac în sfera normalității[1].

În alte situații, spațiul devine insular și rigid. Lucrurile pierd acel indice de inserție ce marchează, de asemenea, posibilitatea de-a le utiliza ; ele se expun într-o plenitudine singulară care le detașează de contextul lor și se afirmă în izolarea lor, fără vreo legătură reală, nici virtuală, cu celelalte obiecte ; raporturile instrumentale au dispărut. Domnul Roland Kuhn a studiat, în acest sens, delirurile de „limite" la anumiți schizofrenici : importanța acordată limitelor, frontierelor, pereților, la tot ceea ce împrejmuiește, închide și protejează este în funcție de absența unității interne în dispunerea lucrurilor ; în măsura în care acestea nu „stau" împreună, trebuie protejate de exterior și menținute într-o unitate ce nu le este firească. Obiectele și-au pierdut coeziunea și spațiul, coerența ; ca la acel bolnav ce desena neîntrerupt planul unui oraș fantastic ale cărui fortificații infinite nu apărau decît un conglomerat de clădiri fără însemnătate. Semnificația de „instrumentalitate" a dispărut din spațiu ; universul „Zuhandenen", cum ar spune Heidegger, nu mai este, pentru bolnav, decît o lume „Vorhandenen".

3) Nu există doar mediul spațio-temporal, „Umwelt", care să fie perturbat de boală în structurile sale existențiale, ci și „Mitwelt", universul social și cultural. Aproapele încetează să fie, pentru bolnav, partenerul unui dialog și colegul de muncă ; el nu i se mai înfățișează acestuia pe fondul implicațiilor sociale ; își pierde condiția de „socius" și devine, în acest univers depopulat, Străinul. Tocmai la această alterare radicală se referă sindromul, atît de frecvent, al „nerealizării simbolice a semenului" : sentiment de stranietate față de vorbire, de sistemul de exprimare, de corpul celuilalt ; dificultate de a accede pînă la certitudinea existenței celuilalt, încetineală și distanțare de un univers interuman în care lucrurile exprimate se

[1] MINKOWSKI, *Le temps vécu*

împietresc, unde semnificațiile au indiferența compactă a obiectelor și unde simbolurile primesc importanța unor enigme : este universul rigid al psihastenicului și al majorității schizofrenicilor. Pacienta doamnei Séchehaye descrie astfel una dintre primele sale senzații de irealitate : „Mă găseam la Direcțiune ; subit, văd sala devenind imensă, ca iluminată de o strălucire teribilă... Elevele și profesoarele păreau marionete ce evoluau fără logică, fără scop... Ascultam convorbirile, dar nu le sesizam cuvintele. Vocile îmi păreau metalice, fără timbru și lipsite de căldură. Din cînd în cînd, un cuvînt se detașa din ansamblu. Se repeta în mintea mea, ca decupat cu cuțitul, absurd". Copilului îi este frică, monitoarea intervine, încearcă să o calmeze : „Ea îmi surîde cu amabilitate... Dar zîmbetul ei, în loc să mă liniștească, îmi amplifică angoasa și confuzia ; căci îi observai dinții, pe care-i avea albi și regulați. Dinții aceia străluceau sub licărirea luminii și, curînd, cu toate că erau asemănători între ei, ocupară întreaga mea vedere, ca și cum întreaga sală nu era decît un șir de dinți într-o lumină neîndurătoare"[1].

La celălalt pol al patologiei, se află lumea extrem de fluidă a delirului halucinatoriu : zbucium întotdeauna reluat de pseudo-recunoașteri, unde fiecare dintre ceilalți nu este un altul, ci Altul absolut, întîlnit fără încetare, hăituit continuu și regăsit ; prezență unică cu mii de fețe, a omului detestat, care minte și care ucide, a femeii devoratoare ce urzește marea conjurație a morții. Fiecare chip, straniu sau familiar, nu e decît o mască, fiecare cuvînt, clar sau obscur, nu ascunde decît o semnificație : masca persecutorului și sensul persecuției.

Măști ale psihasteniei, măști ale delirului halucinatoriu : în monotonia primelor începe să se piardă varietatea chipurilor umane ; sub nenumăratele fețe ale următoarelor se regăsește unică, stabilă și încărcată de un sens implacabil, experiența delirantă a bolnavului.

[1] *Journal d'une schizofrène*, pp 6 și 7

4) În fine, boala poate atinge omul în sfera individuală unde se desfăşoară experienţa propriului corp. Atunci, corpul încetează să fie acel centru de referinţă în jurul căruia căile lumii îşi etalează posibilităţile. În acelaşi timp, se modifică prezenţa corpului la orizontul conştiinţei. Cîteodată, ea se îngroaşă pînă la a deveni greutate şi imobilitate a unui lucru ; ea vireazā către o obiectivitate în care conştiinţa nu mai poate să-şi recunoască propriul corp ; subiectul nu se mai resimte decît ca un cadavru ori ca o maşinărie inertă, în care toate impulsurile provin dintr-o exterioritate misterioasă. Iată ce declară o bolnavă, observată de Minkowski : „O zi din două, corpul meu este dur ca lemnul. Astăzi, e gros, precum acest perete ; ieri, în fiecare moment, aveam impresia că trupul meu era ca o apă neagră, mai neagră decît acest şemineu... Totul e negru în mine, de un negru spumos, murdar... Dinţii mei sînt de o densitate asemănătoare cu peretele unui sertar... Corpul mi se părea că este compact, lipicios şi alunecos, asemănător cu acest parchet“[1].

La fel, uneori conştiinţa plenitudinii trupului, cu spaţialitatea sa şi această densitate în care se inserează experienţele proprioceptive, sfîrşeşte prin a se epuiza pînă la a nu mai fi decît conştiinţa unei vieţi spirituale şi credinţă delirantă într-o existenţă nemuritoare ; universul corpului propriu, „Eigenwelt“, pare golit de conţinutul său, şi această viaţă care nu mai e decît conştiinţă a nemuririi se consumă într-o moarte lentă pe care o pregăteşte prin refuzul oricărui aliment, al oricărei îngrijiri corporale, al oricăror preocupări materiale. Binswanger a observat o bolnavă, Ellen West, la care se putea regăsi această perturbaţie de „Eigenwelt“ şi la care se vedea, în acelaşi timp, dezlegarea formelor de inserare în lume. Ea nu mai recunoaşte acest mod de existenţă care, în interiorul lumii, se orientează şi se deplasează în conformitate cu drumurile virtuale

[1] În AJURIAGUERRA et HECAEN, *Les hallucinations corporelles*

trasate în spaţiu ; ea nu mai poate să fie „în siguranţă pe pămînt" : ea e divizată între dorinţa de-a zbura, de-a plana într-o jubilaţie eterată şi obsesia de-a fi captivă pe un pămînt mocirlos, ce o oprimă şi o paralizează. Între mobilitatea vioaie, instantanee, şi angoasa ce înnămoleşte, spaţiul solid şi ferm al mişcării corporale a dispărut ; lumea a devenit „tăcută, glacială şi lipsită de viaţă" ; bolnava îşi imaginează corpul ca pe o fluiditate gracilă şi eterată, pe care inconsistenţa sa îl eliberează de orice materialitate. Acesta e fondul pe care se manifestă psihoza şi pe care se reliefează simptomele (frica de îngrăşare, anorexia, indiferenţa afectivă) ce o vor duce, printr-o evoluţie morbidă, mai bine de treisprezece ani, la sinucidere"[1].

*

*   *

Am putea fi tentaţi să reducem aceste analize la cele istorice şi să ne întrebăm dacă ceea ce numim universul bolnavului nu e doar o viziune arbitrară asupra istoriei sale, ori cel puţin starea ultimă în care culminează viitorul său. În fond, dacă Rudolf, un pacient de-al lui Roland Kuhn, a rămas, de-a lungul mai multor ore, în apropierea cadavrului propriei mame, pe cînd era copil şi cînd nu cunoştea semnificaţia morţii, aceasta nu e cauza bolii sale ; contactele prelungite cu un cadavru nu au putut să intre în comunitate de sensuri cu o ulterioară necrofilie şi, în final, cu o tentativă de asasinat, decît în măsura în care s-a constituit o lume unde moartea, cadavrul, corpul rigid şi rece, privirea îngheţată aveau un statut şi o logică ; a trebuit ca acest univers al morţii şi al nopţii să aibă un loc privilegiat în faţa universului zilei şi al vieţii, şi ca transferul de la unul la

[1] BINSWANGER, Der Fall Ellen West, în *Archiv. Schw. f. Neur.*, 1943

celălalt, care-i provocase odinioară atîta uimire şi angoase, să-l fascineze încă într-atît încît să dorească să-l forţeze prin contactul cu nişte cadavre şi prin asasinarea unei femei[1]. Universul morbid nu se explică prin cauzalitatea istorică (o am în vedere pe aceea a istoriei psihologice), dar ea nu e posibilă decît datorită faptului că acest univers există : este cea care favorizează legătura dintre efect şi cauză, dintre anterior şi ulterior.

Dar ar trebui să ne punem întrebări asupra acestei noţiuni de „univers morbid" şi asupra a ceea ce îl deosebeşte de universul conceput de către omul normal. Fără îndoială, analiza fenomenologică refuză o diferenţiere a *priori* a normalului şi a patologicului : „Validitatea descrierilor fenomenologice nu este limitată de o judecată asupra normalului şi a anormalului"[2]. Morbidul, însă, se manifestă de-a lungul investigaţiei ca o caracteristică fundamentală a acestui univers. Într-adevăr, iată o lume pe care formele sale imaginare, chiar onirice, opacitatea sa la toate perspectivele intersubiectivităţii o denunţă ca pe o „lume privată", drept o *ἴδιον χόσμον* ; iar Binswanger reaminteşte, apropo de nebunie, cuvîntul lui Heraclit, apropo de somn : „Cei care sînt treji au o lume unică şi obişnuită (*ἕνα χαὶ χοινὸν χόσμον*) ; acela care doarme se întoarce către propriu-i univers (*είζ ἴδιον ἀποστρεφε σθαὶ*)"[3]. Dar această existenţă morbidă e marcată, în acelaşi timp, de un stil foarte particular de abandonare în voia lumii : pierzînd semnificaţiile universului, pierzîndu-i temporalitatea fundamentală, subiectul înstrăinează această existenţă în lumea în care irupe libertatea sa ; neputînd să-i cunoască sensul, se lasă-n voia evenimentelor ; în acel timp fărîmiţat şi fără perspectivă, în acel spaţiu lipsit de coerenţă,

[1] R KUHN, Mordversuch eines depressiven Fetichisten, în *Monatschrift für Psychiatrie*, 1948

[2] R KUHN, *ibid*

[3] BINSWANGER, Traum und Existenz, în *Neue Schweizer Rundschau*, 1930

observăm indiciul unei năruiri ce încredința subiectul lumii, ca unui destin exterior. Procesul patologic este, după cum observă Binswanger, o „Verweltlichung". În această unitate contradictorie dintre o lume particulară şi o abandonare în voia inautenticității lumii, se află esența bolii. Sau, pentru a folosi un alt vocabular, boala e, în acelaşi timp, retragere în cea mai vătămătoare dintre subiectivități şi cădere în cea mai dăunătoare obiectivitate.

Dar aceasta înseamnă, poate, să se atingă unul dintre paradoxurile maladiei mentale ce obligă la noi forme de analiză : dacă această subiectivitate a nebunului este, în acelaşi timp, vocație şi abandonare în voia lumii, nu tocmai de la lume trebuie să afle secretul enigmaticului său statut? Nu există în boală un întreg nucleu de semnificații ce ține de domeniul în care a apărut – şi în primul rînd acest simplu fapt că este delimitată ca boală?

Partea a doua

NEBUNIA ŞI CULTURA

INTRODUCERE

Analizele precedente au stabilit coordonatele prin care psihologiile pot să determine cazul patologic. Dar dacă ele au indicat formele de apariție a bolii, ele n-au putut să dovedească împrejurările de apariție. Eroarea ar fi să se creadă că evoluția organică, istoria psihologică sau statutul omului în lume pot să dezvăluie aceste condiții. Fără îndoială, boala se manifestă în ele, în ele-şi dezvăluie posibilitățile, formele de exprimare, stilul. Dar deviația patologică, ca atare, își are rădăcinile în altă parte.

Boutroux aprecia, în vocabularul său, că legile psihologice, chiar şi cele mai generale, sînt legate de o „etapă a umanității". De multă vreme a devenit o realitate locul comun al sociologiei şi al patologiei mentale : boala nu-şi are realitatea şi valoarea de afecțiune decît în cadrul unei culturi ce o recunoaşte ca atare. Pacienta lui Janet, care avea viziuni şi care prezenta stigmate, ar fi fost, pe alte meleaguri, o vizionară mistică şi taumaturg. Obsedatul care se deplasează în universul contagios al afinităților pare, prin gesturile sale mijlocitoare, să regăsească practicile magicianului primitiv : ritualurile prin care-şi îmbrobodeşte ținta obsesiei primesc, pentru noi, o semnificație morbidă prin această credință în tabu, a cărei putere echivocă primitivul vrea, în mod normal, să şi-o atragă şi a cărei complicitate periculos-favorabilă doreşte să şi-o asigure.

Totuşi, această relativitate a cazului morbid nu este numaidecît clară. Durkheim intenționa să o motiveze printr-o concepție în acelaşi timp evoluționistă şi statistică : într-o societate s-ar considera ca fiind patologice fenomenele care, îndepărtîndu-se de la medie,

marchează etapele depăşite ale unei evoluţii anterioare sau vestesc fazele viitoare ale unei dezvoltări care de-abia începe. „Dacă vom conveni să numim tip mediu ființa schematică pe care am alcătuit-o, concentrînd în acelaşi tot, într-un soi de universalitate abstractă, caracteristicile cele mai frecvente ale speciei..., vom putea spune că orice abatere de la acest etalon al sănătății este un fenomen morbid" ; şi completează acest punct de vedere statistic, adăugînd : „Un caz social nu poate fi considerat normal pentru o societate determinată decît prin raportare la o fază determinată a dezvoltării sale" *(Règles de la méthode sociologique).* În pofida implicaţiilor antropologice foarte diferite, concepţia psihologilor americani nu este îndepărtată de perspectiva durkheimiană. Fiecare cultură, după Ruth Benedict[1], ar alege anumite virtualități ce formează constelația antropologică a omului : o anumită cultură, aceea a Kwakiutl-ilor de exemplu, îşi ia ca temă glorificarea eului individual, în timp ce aceea a Zuni-lor o exclude radical ; agresiunea e o atitudine privilegiată la Dobu, reprimată la Pueblos. Ca urmare, fiecare cultură îşi va face din boală o imagine al cărui profil e conturat de ansamblul virtualităţilor antropologice pe care le neglijează sau le reprimă. Lowie, studiind indienii Crow, citează pe unul dintre ei, care deține o cunoaştere excepţională a formelor culturale ale tribului său ; dar el era incapabil să înfrunte un pericol fizic ; şi în această formă de cultură ce nu oferă posibilitate şi nu dă valoare decît comportamentelor agresive, virtuțile sale intelectuale îl făceau să ia drept iresponsabil pe un incompetent şi, în ultimă instanţă, pe un bolnav. „După cum sînt favorizați", spune Benedict, „aceia ale căror reflexe naturale sînt cele mai apropiate de acest comportament ce defineşte societatea lor, sînt dezorientați aceia ale căror reflexe naturale intră

[1] *Échantillons de civilisation*

în acel tip de comportament ce nu există în civilizaţia lor." Concepţia lui Durkheim şi aceea a psihologilor americani au în comun faptul că boala e examinată sub un aspect, concomitent, negativ şi virtual. Negativ, întrucît e definită prin raportarea la o medie, la o normă, la un „pattern", şi pentru că în această abatere constă întreaga esenţă a patologicului : boala ar fi marginală prin natură şi legată de o cultură, în singura măsură în care este o conduită ce nu se integrează în aceasta. Virtual, deoarece conţinutul bolii e definit prin posibilităţile, mai puţin morbide prin ele însele, care se manifestă : pentru Durkheim este virtualitatea statistică a unei abateri de la medie, pentru Benedict, virtualitatea antropologică a esenţei umane ; în cele două analize, maladia se încadrează printre virtualităţile ce servesc de limită a realităţii culturale a unui grup social.

Fără îndoială, aceasta înseamnă a rata ceea ce e pozitiv şi real în boală, aşa cum se prezintă ea într-o societate. Există, într-adevăr, boli care sînt recunoscute ca atare şi care au, în cadrul unui grup, statut şi funcţie ; patologicul nu mai este atunci, prin raportare la modelul cultural, un simplu deviant ; el e unul dintre elemente şi una dintre manifestările de acest gen. Să lăsăm la o parte celebrul caz al Berdaşilor, la Dakoţii din America de Nord ; aceşti homosexuali au un statut religios de preoţi şi de magicieni, un rol economic de meşteşugari şi de crescători, uniţi de particularitatea conduitei lor sexuale. Dar nimic nu indică să existe, în grupul lor, o conştiinţă clară a bolii. Dimpotrivă, găsim această conştiinţă legată de instituţii sociale bine conturate. Iată, conform lui Callaway, cum se devine şaman, la Zuluşi : „la început", cel care este pe cale de-a deveni şaman, „e de o aparenţă robustă, dar, cu timpul, devine din ce în ce mai delicat... ; el nu încetează să se plîngă că îi este rău... Visează tot felul de lucruri şi corpul său e murdar... Are convulsii ce contenesc pentru un timp, cînd şi l-a stropit cu apă. La prima lipsă de consideraţie, varsă lacrimi, apoi plînge zgomotos. Un om

pe punctul să devină ghicitor este o mare pricină de tulburări". Ar fi, deci, impropriu să afirmăm că atitudinile caracteristice ale şamanului sînt nişte virtualităţi recunoscute şi validate la Zuluşi, caracterizaţi, dimpotrivă, de ipohondrie, sau de isterie, la europeni. Conştiinţa bolii nu doar că nu exclude rolul social, ci chiar îl determină. Bolii, recunoscute ca atare, i se conferă un statut prin grupul care o defineşte. S-ar găsi şi alte exemple în rolul jucat, pînă nu de mult, în societăţile noastre de prostul satului şi de epileptic.

Dacă Durkheim şi psihologii americani au făcut din deviaţie şi din abatere însăşi natura bolii, acest lucru s-a întîmplat printr-o iluzie culturală ce le este comună : societatea noastră nu vrea să se recunoască în acel bolnav pe care îl alungă ori îl izolează ; chiar în clipa în care diagnostichează boala, exclude bolnavul. Analizele psihologilor şi ale sociologilor noştri, ce fac din bolnav un deviant şi caută originea morbidului în anormal, sînt, deci, înainte de toate, o proiecţie de motive culturale. În realitate, o societate se exprimă pozitiv în maladiile mentale pe care le manifestă membrii săi ; şi acest lucru, oricare ar fi statutul pe care-l atribuie unor astfel de forme morbide : fie că le plasează în centrul vieţii sale religioase, cum este cazul, adesea, la primitivi, fie că încearcă să le expatrieze, situîndu-le în exteriorul vieţii sociale, aşa cum face cultura noastră.

Atunci se pun două întrebări : cum a ajuns cultura noastră să confere bolii semnificaţia deviaţiei, iar bolnavului un statut ce îl exclude? Şi cum, în pofida acestui lucru, societatea noastră se exprimă prin aceste forme morbide în care refuză să se recunoască?

Capitolul V

STRUCTURA ISTORICĂ A BOLII MENTALE

Occidentul a acordat, la o dată relativ recentă, demenței un statut de maladie mentală.

S-a spus, prea s-a spus, că nebunul fusese considerat pînă la apariția unei medicini pozitive drept un „posedat". Şi toate istoriile psihiatriei, pînă la acea dată, au vrut să indice, în nebunul Evului Mediu şi al Renaşterii, un bolnav ignorat, prins în rețeaua de semnificații religioase şi magice. Deci, ar fi trebuit să se aştepte obiectivitatea unei priviri medicale senine şi, în fine, ştiințifice pentru a descoperi deteriorarea naturii acolo unde nu se descifrau decît perversiuni supranaturale. Interpretare clădită pe o eroare de fapt : aceea că nebunii erau considerați drept posedați ; pe o prejudecată inexactă : că oamenii definiți ca posedați erau bolnavi mentali ; în fine, pe o greşeală de raționament : se deduce că, în cazul în care posedații erau într-adevăr nebuni, nebunii erau tratați realmente ca nişte posedați. În fond, problema complexă a „posedării" nu ține direct de o istorie a demenței, ci de o istorie a ideilor religioase. În două rînduri, înainte de secolul al XIX-lea, medicina s-a confruntat cu problema posedării : prima dată, de la J. Weyer la Duncan (de la 1560 la 1640), şi aceasta la solicitarea Parlamentelor, a guvernelor sau chiar a ierarhiei catolice, împotriva anumitor ordine mănăstireşti ce perpetuau practicile Inchiziției ; atunci medicii au fost învestiți să arate că toate pactele şi ritualurile diabolice puteau fi explicate

prin forțele unei imaginații dereglate ; a doua oară, între 1680 şi 1740, la cererea întregii Biserici catolice şi a guvernului, împotriva exploziei de misticism protestant şi jansenist, declanşată de persecuțiile de la sfîrşitul domniei lui Ludovic al XIV-lea ; atunci medicii au fost convocați de către autoritățile ecleziastice să arate că toate fenomenele extazului, ale inspirației, ale profeției, ale posedării de către Sfîntul Duh nu se datorau (bineînțeles, la eretici) decît frămîntărilor violente ale dispozițiilor sau spiritelor. Asocierea tuturor acestor fenomene religioase sau parareligioase la medicină nu este, deci, decît un episod lateral, în raport cu munca imensă ce a definit boala mentală ; şi, mai ales, ea nu a provenit dintr-un efort esențial adus la dezvoltarea medicinei ; însăşi experiența religioasă e cea care, pentru a se departaja, a apelat, şi de o manieră secundară, la confirmarea şi la critica medicală. Ținea de destinul acestei istorii ca, mai tîrziu, o asemenea critică să fie aplicată de medicină tuturor fenomenelor religioase şi îndreptată împotriva întregii experiențe creştine : pentru a arăta concomitent, şi de o manieră paradoxală, că religia relevă puterile fantastice ale nevrozei şi că cei pe care ea i-a condamnat erau, în acelaşi timp, victime ale propriilor credințe şi nevroze. Dar această răstălmăcire nu datează decît din secolul al XIX-lea, cu alte cuvinte dintr-o epocă în care definirea în stil pozitivist a bolii mentale fusese deja asimilată.

În fond, înainte de secolul al XIX-lea, experiența demenței în lumea occidentală era polimorfă ; iar includerea ei, în epoca noastră, în conceptul de „boală“ nu trebuie să ne creeze iluzii asupra exuberanței sale originare. Fără îndoială, începînd cu medicina greacă, o anumită parte din domeniul demenței era deja ocupată de noțiunile patologiei şi de practicile legate de aceasta. Au existat, în Occident, şi din toate timpurile, tratamente medicale ale demenței, iar majoritatea spitalelor din Evul Mediu, cum ar fi l'Hôtel–Dieu la Paris, conțineau paturi rezervate nebunilor (adesea paturi închise

într-un soi de cuşti mari, pentru a izola furioşii). Dar acesta nu constituia decît un sector restrîns, limitat la formele de nebunie considerate curabile („frenezii", episoade de violență sau accese „melancolice"). În jur, nebunia avea o mare răspîndire, dar fără suport medical.

Totuşi, această răspîndire nu relevă măsuri stabile ; ea variază în funcție de epocă, cel puțin în ceea ce priveşte dimensiunile sale vizibile ; uneori, rămîne subînțeleasă sau, dimpotrivă, iese la iveală, se arată din plin şi se integrează fără dificultate în întregul peisaj cultural. Sfîrşitul secolului al XV-lea este, cu siguranță, una dintre acele epoci în care demența restabileşte legăturile cu posibilitățile esențiale ale limbajului. Ultimele manifestări din perioada gotică au fost, rînd pe rînd şi într-o continuă mişcare, dominate de obsesia morții şi de obsesia nebuniei. După *Danse macabre,* reprezentat în cimitirul Inocenților, după *Triomphe de la mort,* glorificat pe pereții din Campo Santo din Pisa, urmează nenumărate dansuri şi sărbători ale Nebunilor pe care Europa le va celebra de-a lungul întregii Renaşteri. Există sărbători populare în jurul spectacolelor prezentate de „asociațiile de nebuni", ca *Navire bleu,* în Flandra ; există o întreagă iconografie ce se întinde de la *La nef des fous* de Bosch, la Breughel şi la *Margot la Folle ;* există, de asemenea, texte savante, lucrări de filosofie sau de critică morală, ca *Stultifera Navis* de Brant, sau *l'Eloge de la folie* de Erasmus. Va exista, în fine, toată literatura consacrată nebuniei : scenele de demență din teatrul elisabetan şi din teatrul francez preclasic fac parte din arhitectura dramatică, precum visele şi, puțin mai tîrziu, scenele de mărturisire : ele conduc drama de la iluzie la adevăr, de la soluția greşită la adevăratul deznodămînt. Ele sînt unul dintre resorturile esențiale ale acestui teatru baroc, ca şi ale romanelor care-i sînt contemporane : marile aventuri din povestirile cavalereşti devin extravaganțele de spirit ce nu le mai controlează himerele. Shakespeare şi Cervantes,

la sfîrşitul Renaşterii, manifestă o mare atracţie faţă de această nebunie a cărei viitoare domnie Brant şi Hieronymus Bosch o anunţaseră o sută de ani mai devreme.

Nu înseamnă că Renaşterea nu a purtat de grijă nebunilor. Dimpotrivă, în secolul al XV-lea vedem deschizîndu-se, mai întîi în Spania (la Saragosa), apoi în Italia, primele mari case destinate nebunilor. Se supun unui tratament, fără îndoială, în mare parte inspirat de medicina arabă. Dar aceste practici sînt localizate. Nebunia e resimţită, în principal, în stare de liberate ; ea circulă, aparţine decorului şi vorbirii comune, e pentru fiecare o experienţă cotidiană, pe care încearcă mai mult să o exalte decît să o stăpînească. Există în Franţa, la începutul secolului al XVII-lea, nebuni celebri de care publicului, şi publicului elevat, îi place să se amuze ; unii, precum Bluet d'Arbères, scriu cărţi ce se publică şi se citesc ca opere de sminteală. Pînă la 1650, cultura occidentală a fost ciudat de deschisă la aceste forme de experienţă.

*

*   *

La mijlocul secolului al XVII-lea, schimbare bruscă ; universul nebuniei va deveni spaţiul excluderii.

S-au creat (şi aceasta în întreaga Europă) mari case de internare, care nu sînt destinate exclusiv pentru a adăposti nebunii, ci o întreagă serie de indivizi mult diferiţi unul de altul, cel puţin după criteriile noastre de apreciere : se închideau sărmanii invalizi, bătrînii aflaţi în mizerie, cerşetorii, şomerii îndărătnici, suferinzii de boli venerice, libertinii de toate felurile, oameni pe care familiile sau puterea regală vor să-i cruţe de o pedeapsă publică, capi de familie risipitori, clerici aflaţi în conflicte, pe scurt, toţi acei care, în raport cu ordinea raţiunii, a moralei şi a societăţii dădeau semne de „incomodare".

Din această cauză, guvernul deschide, la Paris, Spitalul general, cu Bicêtre şi Salpêtrière ; cu puţin înainte, sfîntul Vincent de Paul făcuse din vechea leprozerie Saint-Lazare o temniţă de acest fel, şi curînd Charenton, iniţial spital, se va alinia după modelul acestor noi instituţii. În Franţa, fiecare mare oraş va avea spitalul său general.

Aceste case n-au nici o vocaţie medicală ; nu eşti admis ca să fii îngrijit, dar intri pentru că nu mai poţi ori pentru că nu mai trebuie să faci parte din societate. Azilul în care nebunul, împreună cu alţii, e închis, nu pune-n discuţie, în perioada clasică, raporturile dintre nebunie şi boală, ci raporturile societăţii cu ea însăşi, cu ceea ce admite şi nu permite în atitudinea indivizilor. Fără îndoială, internarea este o măsură de asistenţă ; numeroasele fundaţii de care beneficiază o dovedesc. Dar este un sistem al cărui ideal ar fi să fie concentrat în întregime asupra lui însuşi : la Spitalul general, ca şi în Workhouses, în Anglia, care sînt aproximativ contemporane, domneşte munca silnică ; se toarce, se ţese, se fabrică diverse obiecte aruncate la preţuri scăzute pe piaţă, pentru ca beneficiul să permită spitalului să funcţioneze. Dar obligaţia muncii are un rol de sancţiune şi de control moral. În mediul burghez, în curs de constituire, a fost definit un viciu major : păcatul prin excelenţă în lumea comerţului nu mai e orgoliul. nici aviditatea, ca în Evul Mediu, ci trîndăvia. Categoria comună care îi uneşte pe toţi cei ce-şi au reşedinţa în casele de internare este incapacitatea de-a lua parte la producţia, la circulaţia sau acumularea de bogăţii (indiferent că este din greşeala lor sau accidental). Excluderea la care sînt supuşi e pe măsura acestei incapacităţi şi indică, în lumea modernă, apariţia unei rupturi ce nu exista înainte. Deci, azilul a fost legat, în originile şi-n sensul său primordial, de această restructurare a spaţiului social.

Fenomenul a avut o dublă importanţă în constituirea experienţei contemporane a nebuniei. În primul rînd, pentru că nebunia, atît de multă vreme vădită şi zgomotoasă, atît de mult timp prezentă la

orizont, dispare. Ea intră într-o perioadă de linişte din care nu va ieşi mult timp ; e despuiată de limbajul său ; şi dacă s-a putut continua să se vorbească despre ea, ei înseşi îi va fi imposibil să vorbească despre sine. Imposibil, cel puţin pînă la Freud care, primul, a redeschis posibilitatea ca raţionalul şi iraţionalul să comunice, într-un limbaj comun, întotdeauna gata să se frîngă şi să sfîrşească în inaccesibil. Pe de altă parte, în azil, nebunia a creat înrudiri noi şi ciudate. Acest spaţiu al excluderii care grupa, împreună cu nebunii, bolnavii venerici, libertinii şi numeroşi criminali, mai mult sau mai puţin periculoşi, a provocat un soi de asimilare obscură ; iar nebunia a legat cu vina morală şi socială o amiciţie pentru care nu există aproape nici o probabilitate de destrămare. Să nu ne mirăm că s-a descoperit, începînd cu secolul al XVIII-lea, un fel de filiaţie între nebunie şi toate „crimele pasionale", că nebunia a devenit, începînd cu secolul al XIX-lea, moştenitoarea unor crime care îşi descoperă în ea atît raţiunea de a fi cît şi raţiunea de a nu fi crime ; că nebunia a descoperit, în secolul XX, în ea însăşi, un nucleu primitiv de vinovăţie şi agresivitate. Aceasta nu e descoperirea progresivă a ceea ce este demenţa în adevărata sa natură ; ci numai sedimentarea a ceea ce istoria Occidentului a făcut din ea, de trei sute de ani. Nebunia e mult mai *istorică* decît se crede de obicei, dar şi mult mai *tînără*.

*

* *

Azilul nu şi-a păstrat deloc, mai mult de un secol, funcţia primă, de reducere la tăcere a nebuniei. Încă de la mijlocul secolului al XVIII-lea, îngrijorarea renaşte. Nebunul îşi face reapariţia în peisajele cele mai familiare ; îl reîntîlnim făcînd parte din viaţa cotidiană.

Le Neuveu de Rameau stă mărturie. În această epocă, universul corecţionar, în care nebunia era prinsă în mijlocul atîtor greşeli, păcate şi crime, începe să se dezmembreze. Denunţare politică de sechestrări arbitrare ; critică economică a fundaţiilor şi a formei tradiţionale de asistenţă ; renume al acestor instituţii, precum Bicêtre sau Saint-Lazare, care dobîndesc valoarea de focare ale răului. Toată lumea cere desfiinţarea azilului. Redată fostei sale libertăţi, ce va deveni nebunia?

Reformatorii dinainte de 1789 şi Revoluţia însăşi au vrut să suprime în acelaşi timp ospiciul, ca simbol de străveche oprimare, şi să restrîngă, în măsura posibilului, asistenţa spitalicească, ca semn al existenţei unei clase vrednice de milă. S-a căutat o formulă de ajutorare financiară şi de îngrijiri medicale de care sărmanii ar putea să beneficieze la domiciliu, scăpînd astfel de obsesia spitalului. Dar nebunii au drept caracteristică faptul că, redaţi libertăţii, pot deveni periculoşi pentru familiile lor şi anturajul în care se găsesc. De unde, necesitatea de a-i stăpîni şi sancţiunea penală ce se aplică celor ce lasă să vagabondeze „nebunii şi animalele periculoase".

Tocmai pentru a rezolva această problemă, vechile aşezăminte de internare, pe vremea Revoluţiei şi a Imperiului, au fost, puţin cîte puţin, destinate nebunilor, dar, de această dată, *în exclusivitate nebunilor*. Deci, cei pe care filantropia epocii i-a eliberat sînt toţi ceilalţi, *cu excepţia* nebunilor ; aceştia vor fi moştenitorii naturali ai azilului şi titularii privilegiaţi ai vechilor măsuri de excludere.

Fără îndoială, în momentul acela, azilul primeşte o nouă semnificaţie : el devine unitate cu profil medical. Pinel, în Franţa, Tuke, în Anglia şi în Germania, Wagnitz şi Reil şi-au legat numele de această reformă. Şi nu există istorie a psihiatriei sau a medicinei care să nu descopere în aceste personaje simbolurile unei duble înscăunări : aceea a umanismului şi aceea a unei ştiinţe, în sfîrşit, pozitive.

Lucrurile au fost cu totul altele. Pinel, Tuke, contemporanii şi succesorii lor nu au îndulcit vechile practici din ospiciu ; dimpotrivă, le-au înăsprit. Azilul ideal, pe care Tuke l-a realizat aproape de York, e menit să reconstituie în jurul alienatului o cvasifamilie în care va trebui să se simtă ca acasă ; în fond, el e supus, prin aceasta, la un control social şi moral neîntrerupt ; a-l vindeca va însemna a-i reinsufla sentimentele de dependenţă, de vinovăţie, de umilinţă şi recunoştinţă, care sînt armătura morală a vieţii de familie. Pentru a izbuti, se vor folosi de mijloace precum ameninţările, pedepsele, privaţiunile alimentare, umilirile, pe scurt, de tot ce va putea, în acelaşi timp, *să infantilizeze* şi *să culpabilizeze* bolnavul. Pinel, la Bicêtre, utilizează tehnici asemănătoare, după ce a „dezrobit încătuşaţii" care încă se aflau aici în 1793. Cu siguranţă, el a făcut să dispară legăturile materiale (totuşi, nu toate), ce constrîngeau fizic bolnavii. Dar a reconstituit în jurul lor o întreagă îngrădire morală, care transforma azilul într-un fel de perpetuă instanţă de judecată : nebunul trebuia supravegheat în gesturile sale, redus în pretenţiile sale, contrazis în delirul său, ridiculizat în greşelile sale : sancţiunea trebuia să urmeze imediat după orice abatere de la o conduită normală. Şi aceasta sub conducerea medicului care nu e atît responsabil de o intervenţie terapeutică, cît de un control etic. El este, în cadrul azilului, agentul sintezelor morale.

Dar, în plus, în pofida extinderii foarte mari a măsurilor de spitalizare, perioada clasică lăsase să subziste şi să se dezvolte, pînă la un anumit punct, practicile medicale referitoare la nebunie. Existau, în spitalele obişnuite, secţii destinate nebunilor, li se aplica un tratament, iar textele medicale ale secolelor XVII şi XVIII căutau să definească, îndeosebi o dată cu marea diversificare a tulburărilor şi a maladiilor nervoase, tehnicile cele mai potrivite vindecării nebunilor. Aceste tratamente nu erau nici psihologice, nici fizice : erau şi una, şi cealaltă, simultan – distincţia carteziană între extindere

şi gîndire n-a ştirbit unitatea practicilor medicale ; bolnavul era supus la duşuri sau băi pentru a-şi revigora mintea şi trupul ; i se injecta sînge proaspăt pentru a-i reînnoi circuitul sanguin tulburat ; se încerca să se stîrnească în el impresii puternice pentru a i se modifica astfel traiectoria imaginaţiei.

Or, aceste tehnici pe care fiziologia epocii le justifica au fost reluate de Pinel şi de succesorii săi într-un context exclusiv represiv şi moral. Duşul nu mai răcoreşte, el pedepseşte ; nu mai trebuie aplicat atunci cînd bolnavul e „înfierbîntat", ci cînd a comis o greşeală ; în plin secol al XIX-lea încă, Leuret îşi va supune pacienţii la un duş îngheţat deasupra capului şi va angaja în acel moment, cu ei, un dialog în care-i va constrînge să mărturisească faptul că opinia lor nu este decît delir. Secolul al XVIII-lea inventase, de asemenea, o maşină rotativă pe care se plasa bolnavul, astfel încît cursul gîndirii sale, prea puternic fixat pe o idee delirantă, să fie repus în mişcare şi să-şi regăsească circuitele naturale. Secolul al XIX-lea perfecţionează sistemul, conferindu-i un caracter strict de pedeapsă : la fiecare manifestare delirantă, bolnavul era rotit pînă la leşin dacă nu dădea semne de căinţă. De asemenea, s-a pus la punct o cuşcă mobilă ce se învîrteşte în jurul ei însăşi, pe un ax orizontal, şi a cărei mişcare este cu atît mai puternică cu cît e mai agitat bolnavul zăvorît în ea. Toate aceste jocuri medicale sînt versiunile spitaliceşti ale străvechilor tehnici bazate pe o fiziologie de acum abandonată. Esenţial e că azilul, fondat în timpul lui Pinel, pentru internare, nu reprezintă „medicalizarea" unui spaţiu social al excluderii, ci confuzia, în interiorul unui sistem moral unic, a unor tehnici, dintre care unele aveau un caracter de precauţie socială, iar altele, unul de strategie medicală.

Or, tocmai din acel moment, nebunia a încetat să fie considerată ca un fenomen global care, prin intermediul imaginaţiei şi al delirului, atinge şi trupul şi sufletul. În noul spaţiu spitalicesc, în acel univers

al moralei ce pedepseşte, nebunia a devenit un fapt care vizează, esenţialmente, sufletul omenesc, vinovăţia şi libertatea sa ; ea se înscrie, de acum, în dimensiunea interiorităţii şi, prin aceasta, pentru prima dată în lumea occidentală, nebunia va primi statut, structură şi semnificaţie psihologică. Dar această psihologizare nu e decît consecinţa superficială a unei operaţii mai tăinuite şi situată la un nivel mai profund – o acţiune prin care nebunia e inserată în sistemul de valori şi de represiuni morale. Ea este închisă într-un sistem punitiv în care nebunul, infantilizat, se înrudeşte pe de-a-ntregul cu copilul şi în care nebunia, culpabilizată, se leagă, de la începuturi, de vinovăţie. În concluzie, nu ne mirăm dacă întreaga psihopatologie – care începe cu Esquirol, dar şi a noastră – se bazează pe aceste trei teme ce-i definesc problematica : raporturi ale libertăţii cu automatismul ; fenomene de regresie şi structură infantilă a comportamentelor ; agresiune şi vinovăţie. Ceea ce descoperim în calitate de „psihologie" a nebuniei nu este decît rezultatul acţiunilor prin care am învestit-o. Toată această psihologie n-ar exista fără *sadismul moralizator* în care „filantropia" secolului al XIX-lea o înzideşte, sub înfăţişările ipocrite ale unei „eliberări".

*
*   *

Vom spune că orice cunoaştere se leagă de formele esenţiale de cruzime. Cunoaşterea nebuniei nu face cîtuşi de puţin excepţie. Fără îndoială, însă, acest raport e, apropo de nebunie, extrem de important. Pentru că el este, în primul rînd, cel ce a făcut posibilă o analiză psihologică a alienării ; dar, îndeosebi, pentru că e cel care, nedeclarat, a stat la baza oricărei psihologii. Nu trebuie să se uite că psihologia „obiectivă", sau „pozitivă", ori „ştiinţifică" şi-a găsit originea istorică şi fundamentul într-o experienţă patologică.

O analiză a dedublărilor e cea care a autorizat o psihologie a personalității ; o analiză a automatismelor şi a inconştientului e cea care a fondat o psihologie a conştiinței ; o analiză a deficitelor este aceea care a declanşat o psihologie a inteligenței. Altfel spus, omul n-a devenit o „specie psihologizabilă“ decît începînd cu momentul cînd raportul său cu nebunia a permis o psihologie, cu alte cuvinte, începînd cu momentul în care raportul său cu alienarea a fost definit prin dimensiunea exterioară a excluderii şi a sancțiunii, şi prin dimensiunea interioară a asumării morale şi a vinovăției. Situînd nebunia în funcție de aceste două axe fundamentale, omul începutului secolului al XIX-lea făcea posibilă o *viziune* asupra nebuniei şi, prin ea, o psihologie generală.

Această experiență a Iraționalului, în care, pînă în secolul al XVIII-lea, omul occidental se izbea de întunecimea realității sale şi de contestarea sa absolută, va deveni, şi rămîne încă, pentru noi, calea de acces către realitatea naturală a ființei umane. Şi înțelegem atunci că o asemenea cale de acces e ambiguă şi că invită, în acelaşi timp, la reducții obiective (potrivit cu înclinația *excluderii*) şi solicită, neîntrerupt, reîntoarcerea către sine (conform înclinației asumării morale). Întreaga structură epistemologică a psihologiei contemporane se înrădăcinează în acest eveniment care e aproximativ contemporan Revoluției şi care priveşte raportul omului cu sine însuşi. „Psihologia“ nu e decît o peliculă subțire pe suprafața lumii etice în care omul modern îşi caută realitatea – şi o pierde. Nietzsche a văzut-o bine, la cei ce au făcut să se spună contrariul.

În concluzie, o psihologie a nebuniei nu poate fi decît derizorie, şi, cu toate acestea, ea atinge esențialul. Derizorie, pentru că, dorind să practicăm psihologia nebuniei, îi impunem psihologiei să-şi stabilească propriile fundamente, să revină la ceea ce a făcut-o posibilă şi să evite ceea ce este pentru ea, şi, prin definiție, este de nedepăşit. Psihologia nu va putea să exprime niciodată adevărul

despre nebunie, pentru că nebunia deține adevărul psihologiei. Şi, cu toate acestea, o psihologie a nebuniei nu poate să nu meargă spre esențial, pentru că, în mod nedefinit, se orientează spre punctul în care i se concentrează posibilitățile ; cu alte cuvinte, își urmează propriul curs și se îndreaptă către acele regiuni unde omul există în raport cu sine însuși și inaugurează acea formă de alienare care-l face să devină *homo psychologicus*. Extinsă pînă la rădăcinile sale, psihologia nebuniei ar fi nu stăpînirea maladiei mentale şi, prin aceasta, posibilitatea dispariției sale, ci distrugerea psihologiei însăşi şi readucerea la lumină a acestui raport esențial, nepsihologic, întrucît nu e moralizabil, care este raportul dintre rațional și irațional.

Acest raport, în pofida tuturor nimicniciilor psihologiei, e prezent şi vizibil în operele lui Hölderlin, Nerval, Roussel şi Artaud, şi promite ființei umane că, poate într-o zi, va putea să se regăsească independentă de orice psihologie, pentru marea înfruntare tragică cu nebunia.

Capitolul VI

NEBUNIA, STRUCTURĂ GLOBALĂ

Ceea ce s-a spus anterior nu echivalează cu o critică *a priori* a oricărei tentative de a delimita manifestările nebuniei ori de a stabili o strategie de vindecare. Este vorba doar de a desemna un anumit raport şi un dezechilibru atît de fundamental între psihologie şi nebunie încît să facă zadarnic orice efort de a trata ansamblul nebuniei, esenţa şi natura sa în termeni de psihologie. Însăşi noţiunea de „boală mentală" este expresia acestui efort condamnat de la bun început. Ceea ce numim „boală mentală" nu reprezintă decît *nebunia alienată,* înstrăinată în această psihologie pe care ea însăşi a făcut-o posibilă.

Într-o zi va trebui să încercăm să facem un studiu al nebuniei ca structură globală – nebunia eliberată şi dezalienată, redată, să spunem aşa, cuvîntului său de origine.

Fără îndoială, ar reieşi că, în primul rînd, nu există cultură care să nu fie sensibilă, în comportamentul şi limbajul oamenilor, la anumite fenomene faţă de care societatea adoptă o atitudine particulară : aceşti oameni nu sînt trataţi în întregime nici ca bolnavi, nici ca nişte criminali, nici ca vrăjitori, nici, în totalitate, ca oameni obişnuiţi. Există în ei cîteva lucruri ce vorbesc despre diferenţă şi solicită diferenţierea. Să evităm să spunem că aceasta e conştiinţa iniţială, obscură şi difuză, a ceea ce spiritul nostru ştiinţific va recunoaşte ca boală mentală ; e doar vidul în cadrul căruia se va

fixa experienţa nebuniei. Dar sub această formă exclusiv negativă se urzeşte, deja, un raport pozitiv, în care societatea îşi angajează şi îşi riscă valorile. Astfel, Renaşterea, după marea obsesie a morţii, după frica de Apocalipsă şi după ameninţările Lumii de apoi, a cunoscut, în această lume, un nou pericol : acela al unei invazii surde, venind din interior şi, ca să spunem aşa, dintr-o falie secretă a pămîntului ; această invazie e cea a Absurdului care plasează Lumea de apoi la acelaşi nivel cu lumea aceasta, şi la nivelul pămîntului ; de o asemena manieră încît nu mai ştim dacă universul nostru e cel ce se dedublează printr-un miraj fantastic, ori dacă, dimpotrivă, e celălalt care-l ia în posesie, sau dacă, în cele din urmă, secretul lumii *noastre* era să fie deja, şi fără ca noi să o ştim, *cealaltă.* Această experienţă nesigură, ambiguă, ce face ca stranietatea să sălăşluiască în însuşi miezul familiarului, dobîndeşte, la Hieronymus Bosch, stilul vizibilului : universul se populează, în toate cochiliile sale, în fiecare dintre ierburile sale, cu monştrii minusculi, înspăimîntători şi neînsemnaţi care sînt, în acelaşi timp, adevăr şi minciună, iluzie şi taină, Acelaşi şi Altul. *Le Jardin des Délices* nu este imaginea simbolică şi organizată a nebuniei, nici proiecţia spontană a unei imaginaţii în delir ; e percepţia unei lumi destul de apropiate şi de îndepărtate de sine pentru ca să fie deschisă absolutei diferenţieri a Absurdului. În faţa acestei ameninţări, cultura Renaşterii îşi pune la încercare valorile şi le angajează în luptă, într-un mod mai degrabă ironic decît tragic. Raţiunea se recunoaşte şi ea ca dedublată şi deposedată de sine : se credea înţeleaptă, e nebună ; credea că ştie, ignoră ; se credea sănătoasă, delirează ; cunoaşterea introduce în tenebre şi în lumea interzisă, cînd se credea că duce spre lumina eternă. Se schiţează un adevărat joc care va domina Renaşterea : nu un joc sceptic, al unei raţiuni care-şi recunoaşte limitele, ci un joc mai dur, mai riscant, mult mai ironic al unei raţiuni care-şi joacă partida cu Absurdul.

Pe fondul acestor experienţe foarte generale şi primare, se formează altele, ce sînt deja mai articulate. E vorba de valorificări pozitive şi negative, de forme de accept şi de refuz ce privesc experienţele despre care tocmai a fost vorba. E limpede că secolul al XVI-lea a valorificat pozitiv şi a recunoscut ceea ce secolul al XVII-lea avea să devalorizeze şi să reducă la tăcere. Nebunia, în cea mai largă accepţiune, se situează la acel nivel de sedimentare a fenomenelor de cultură unde începe valorificarea negativă a ceea ce fusese perceput la origine ca Diferitul, Absurdul, Iraţionalul. Acolo se angajează semnificaţiile morale, funcţionează sistemele de apărare, se ridică bariere şi se organizează toate ritualurile de excludere. Aceste eliminări pot fi, în funcţie de culturi, de diferite tipuri : separare geografică (precum în acele societăţi indoneziene în care omul „diferit" trăieşte singur, adesea la cîţiva kilometri de sat), separare materială (ca în societăţile noastre ce practică procedura de internare) sau simplă separare virtuală, mai puţin vizibilă din exterior (ca la începutul secolului al XVII-lea, în Europa).

Aceste tactici de separaţie servesc drept cadru în percepţia nebuniei. Recunoaşterea, care permite să se spună : acesta este un nebun, nu e un fapt simplu şi nici imediat. El se bazează, în fond, pe un anumit număr de operaţii prealabile şi, mai ales, pe acel decupaj al spaţiului social, după direcţiile valorificării şi ale excluderii. Atunci cînd medicul crede că diagnostichează nebunia ca pe un fenomen natural, tocmai existenţa acestui prag e cea care permite judecarea nebuniei. Fiecare cultură are pragul său particular şi evoluează împreună cu configuraţia acelei culturi ; începînd cu mijlocul secolului al XIX-lea, pragul de sensibilitate faţă de nebunie s-a redus considerabil în societatea noastră ; existenţa psihanalizei e dovada acestei scăderi în măsura în care ea îi este efect şi cauză. Trebuie să se noteze că pragul acesta nu e neapărat legat de perspicacitatea conştiinţei medicale : nebunul poate fi foarte bine

recunoscut şi izolat, fără să primească, de aceea, un statut patologic precis, cum a fost cazul în Europa, înainte de secolul al XIX-lea.

În sfîrşit, legată de nivelul pragului, dar oarecum independentă de el, toleranţa faţă de însăşi existenţa nebunului. În Japonia contemporană, proporţia de nebuni, recunoscuţi ca atare de anturajul lor, e sensibil aceeaşi ca-n Statele Unite, dar aici intoleranţa e mare, în sensul că grupul social (în speţă, familia) nu e capabil să integreze sau, pur şi simplu, să accepte persoana deviantă ; spitalizarea, şederea în clinică sau numai separarea de familie sînt cerute imediat. În Japonia, dimpotrivă, mediul este mult mai tolerant şi spitalizarea e departe de-a fi regula. Unul dintre numeroasele motive ce fac să scadă numărul internaţilor în azilurile europene, în timpul războaielor şi al perioadelor mari de criză, e faptul că nivelul normelor integrative ale mediului suferă o diminuare accentuată, şi acesta devine mai tolerant decît în timp de normalitate, cînd este mai coerent şi mai puţin presat de evenimente.

Pe terenul alcătuit de aceste patru nivele, poate să se dezvolte, în sfîrşit, o conştiinţă medicală a nebuniei. Percepţia nebuniei devine, astfel, recunoaştere a bolii. Dar nimic nu o obligă încă, în mod necesar, să fie diagnostic al bolii „mentale“. Nici medicina arabă, nici cea a Evului Mediu, nici chiar medicina postcarteziană nu permiteau diferenţierea dintre bolile trupului şi cele ale sufletului ; fiecare formă patologică implica fiinţa umană în totalitatea sa. Iar organizarea unei psihopatologii presupune încă o serie întreagă de operaţiuni ce, pe de o parte, permit distincţia dintre patologia organică şi cunoaşterea bolilor mentale, şi care, pe de altă parte, definesc legile unei „metapatologii“, comune acestor două domenii ale căror fenomene ea le determină la modul abstract. O asemenea organizare teoretică a maladiei mentale e legată de un întreg sistem de practici : organizare a reţelei medicale, sistem de detectare şi de profilaxie, formă de asistenţă, distribuire a îngrijirii medicale, criterii de

vindecare, definire a incapacității civile a bolnavului și a iresponsabilității sale penale : pe scurt, un întreg ansamblu care, într-o cultură dată, defineşte existența concretă a nebunului.

*

* *

Dar aceasta nu e încă decît măsura tuturor distanțelor impuse de o societate față de experiența majoră a Absurdului care, progresiv, şi datorită unei defalcări succesive, devine *nebunie, boală* şi *maladie mentală*. De asemenea, ar trebui arătată mişcarea opusă ; cu alte cuvinte, aceea prin care o cultură ajunge să se exprime, la modul pozitiv, în privința fenomenelor pe care le respinge. Chiar redusă la tăcere şi exclusă, nebunia are valoare de limbaj şi tîlcurile sale dobîndesc semnificație, pe baza a ceea ce o indică şi o refuză ca nebunie. Să luăm exemplul maladiei mentale, cu structurile şi profilurile pe care psihologia noastră crede a i le recunoaşte.

Maladia mentală se situează, în cadrul evoluției, ca o perturbare a propriului curs ; prin aspectul său regresiv, ea face să se ivească atitudini infantile sau forme arhaice ale personalității. Dar evoluționismul vede, pe nedrept, în aceste schimbări, însăşi esența patologicului şi originea sa reală. Dacă infantilizarea se manifestă în nevroze, acesta nu e decît un efect. Ca atitudinea infantilă să fie un refugiu pentru bolnav, ca reapariția sa să fie considerată un fapt patologic ireductibil, societatea trebuie să instaureze o limită între trecutul şi prezentul individului, peste care să nu putem, nici să nu trebuiască să trecem ; cultura e necesar să nu integreze trecutul decît silindu-l să dispară. Iar cultura noastră dă acest semn. În momentul în care secolul al XVIII-lea, cu Rousseau şi Pestalozzi, se preocupă să constituie pentru copil o lume care să fie pe măsura sa, cu reguli pedagogice ce-i însoțesc dezvoltarea, a permis să se

formeze în jurul copiilor un mediu ireal, abstract şi arhaic, fără raport cu lumea adultă. Întreaga evoluție a pedagogiei contemporane, cu intenția perfectă de-a apăra copilul de conflictele adulților, accentuează distanța ce separă, pentru om, copilăria de viața sa de adult. Cu alte cuvinte, pentru a cruța copilul de conflicte, îl expune unui conflict major, contradicției dintre copilăria sa şi viața reală[1]. Dacă adăugăm că în instituțiile sale pedagogice o civilizație nu îşi proiectează direct realitatea, împreună cu conflictele şi contradicțiile proprii, dar că o reflectă indirect, prin intermediul miturilor care o motivează, o justifică şi o idealizează într-o coerență himerică ; dacă adăugăm că într-o pedagogie, o societate-şi visează epoca de aur (reflectați la cele ale lui Platon, Rousseau, la instituția republicană a lui Durkheim, la naturalismul pedagogic al Republicii de la Weimar), înțelegem că fixațiile sau regresiile patologice nu sînt posibile decît într-o anumită civilizație, că ele se multiplică-n măsura în care formele sociale nu permit să se lichideze trecutul şi să se asimileze conținutului actual al experienței. Nevrozele de regresie nu relevă natura nevrotică a copilăriei, dar ele denunță caracterul arhaizant al instituțiilor ce o vizează. Ceea ce serveşte de peisaj acestor forme patologice este conflictul din sînul unei societăți, între formele de educație ale copilului, în care-şi ascunde visele, şi condițiile pe care le creează adulților, în care, dimpotrivă, se descifrează prezentul său real şi mizeriile sale. S-ar putea spune acelaşi lucru despre dezvoltarea culturală : delirurile religioase, cu sistemul lor de afirmații şi orizontul magic pe care-l implică întotdeauna, se oferă ca regresii individuale în raport cu dezvoltarea socială. Aceasta nu înseamnă că religia e de natură delirantă, nici

[1] Poate tocmai într-o asemenea eterogenitate şi în limita ce separă aceste două forme de viață, se găseşte rădăcina fenomenului descris de Freud, ca fază latentă, şi asociat de el la contragerea mitică a libidoului

că individul regăseşte, dincolo de religia actuală, originile sale psihologice cele mai îndoielnice. Dar delirul religios e funcție a laicizării culturii : religia poate fi obiectul credinței delirante în măsura-n care cultura unui grup nu mai permite să se asimileze credințele religioase sau mistice, conținutului actual al experienței. Acestui conflict şi strădaniei de a-l depăşi îi aparțin delirurile mesianice, experiența halucinatorie a aparițiilor şi evidențele impulsului fulgerător ce reinstaurează, în universul nebuniei, unitatea destrămată din lumea reală. Orizontul istoric al regresiilor psihologice se află, deci, într-un conflict de motive culturale, marcate, fiecare, de un indice cronologic ce îi denunță diversele origini istorice.

Istoria individuală, cu traumatismele sale, cu mecanismele sale de apărare, îndeosebi cu angoasa care o munceşte, pare să formeze alte dimensiuni psihologice ale bolii. Psihanaliza a plasat la originea acestor conflicte o dezbatere „metapsihologică", la frontierele mitologiei („instinctele sînt miturile noastre", spunea Freud), între instinctul vieții şi cel al morții, între plăcere şi repetare, între Eros şi Thanatos. Dar aceasta înseamnă a oferi ca soluție ceea ce se confruntă în chestiune. În caz că boala găseşte în înlănțuirea de comportamente contradictorii un mod aparte de exprimare, nu înseamnă că elementele contradicției se juxtapun, ca segmente de conflict, în inconştientul uman ; e doar pentru că omul face din ființa umană o experiență contradictorie. Raporturile sociale pe care le determină o civilizație, sub formele concurenței, ale exploatării, ale rivalității de grup ori ale luptei de clasă, oferă omului o experiență din mediul său uman, pe care îl chinuie neîncetat contradicția. Sistemul de raporturi economice îl ataşează altora, dar prin legăturile negative ale dependenței ; legile coexistenței, care-l unesc cu semenii săi într-un destin comun, îl opun acestora într-o luptă ce, paradoxal, nu e decît forma dialectică a acestor legi ; universalitatea legăturilor economice şi sociale îi permite să recunoască în lume o patrie şi să

descifreze o semnificație comună în privirile tuturor oamenilor, însă o asemenea semnificație poate fi, la fel de bine, aceea a ostilității, iar această patrie îl poate repudia ca pe un străin. Omul a devenit pentru om atît chipul propriului adevăr, cît și eventualitatea morții sale. El nu poate să întîlnească decît în imaginar statutul fratern, unde raporturile lui sociale își vor afla stabilitatea și coerența : întotdeauna semenul se oferă într-o experiență pe care dialectica vieții și a morții o face precară și periculoasă. Complexul lui Oedip, nucleu al ambivalenței familiale, e ca versiunea redusă a acestei contradicții : dușmănia amoroasă ce-l leagă de părinți, nu copilul o provoacă, ca pe un echivoc al instinctelor sale ; el o întîlnește exclusiv în lumea adultului, specificată de atitudinea părinților ce descoperă implicit, în propriul lor comportament, vechea temă în care viața copiilor este moartea părinților. Mai mult : nu e o întîmplare că Freud, reflectînd la nevrozele provocate de război, a descoperit, pentru a dubla instinctul vieții, în care încă se exprima vechiul optimism european al secolului al XVIII-lea, un instinct al morții, ce introducea, pentru prima dată în psihologie, forța negativului. Freud vroia să explice războiul, dar tocmai războiul e cel care se reflectă în această cotitură a gîndirii freudiene. Sau, mai degrabă, cultura noastră trăia, la acea epocă, într-o manieră clară pentru ea însăși, experiența propriilor contradicții : era necesar să se renunțe la vechiul vis al solidarității și să se admită că omul putea și trebuia să facă din ființa umană o experiență negativă, trăită ca ură și agresiune. Psihologii au dat acestei experințe denumirea de ambivalență și au văzut în ea un conflict al instinctelor. Mitologie asupra atîtor mituri perimate.

În sfîrșit, fenomenele morbide au părut să desemneze, în convergența lor, o structură singulară a universului patologic : și aceasta ar oferi, la investigația fenomenologului, paradoxul de-a fi în același timp „universul particular“, inaccesibil, în care bolnavul

se retrage pentru o existenţă arbitrară, de fantezie şi delir – şi totodată universul de constrîngere căruia îi este hărăzit asemenea abandonului ; o astfel de proiecţie contradictorie ar fi una dintre manifestările esenţiale ale bolii. Dar această formă patologică nu e decît secundară în raport cu contradicţia reală care o provoacă. Determinismul ce îi stă la bază nu e cauzalitatea magică a unei conştiinţe fascinate de universul său, ci cauzalitatea efectivă a unui univers ce nu poate, de la sine putere, să ofere o soluţie contradicţiilor pe care le-a generat. Dacă universul proiectat în fierbinţeala unui delir încarcerează conştiinţa care-l proiectează, nu înseamnă că ea însăşi se lasă prinsă, că renunţă la posibilităţile sale de-a fi ; ci că lumea, alienîndu-şi libertatea, nu poate să-şi recunoască nebunia. Deschizîndu-se către o lume delirantă, nu printr-o constrîngere imaginară se leagă conştiinţa morbidă ; ci, suportînd restricţia reală, ea evadează într-un univers morbid în care regăseşte, dar fără să o recunoască, aceeaşi constrîngere reală : căci nu dorind să scapi de restricţie depăşeşti realitatea. Se vorbeşte mult despre nebunia prezentului, legată de universul maşinii şi de estomparea relaţiilor afective directe dintre oameni. Fără îndoială, această legătură nu este artificială şi nu e o întîmplare că universul morbid dobîndeşte atît de des, în zilele noastre, înfăţişarea unui spaţiu în care raţionalitatea mecanicistă exclude spontaneitatea continuă a vieţii afective. Dar ar fi absurd să se spună că omul bolnav îşi mecanizează universul pentru că proiectează un univers schizofrenic în care se pierde ; de asemenea, este eronat să se pretindă că el este schizofrenic întrucît aceasta e, pentru el, singura modalitate de a se sustrage constrîngerii universului real. În fond, cînd omul rămîne străin la ceea ce se petrece în modul său de comunicare, cînd nu poate să recunoască semnificaţia umană şi însufleţită a produselor muncii proprii, cînd determinările economice şi sociale-l constrîng, fără să-şi poată găsi locul în această lume, atunci el trăieşte într-o cultură

ce face posibilă o formă patologică precum schizofrenia ; străin într-o lume reală, el e redat unui „univers particular“ ce nu mai poate garanta nici o obiectivitate ; supus, totuşi, la constrîngere de lumea reală, el resimte acest univers, în care evadează, ca pe o fatalitate. Contemporaneitatea face posibilă schizofrenia, nu pentru că evenimentele sale o fac inumană şi abstractă, ci pentru că civilizaţia noastră oferă o asemenea interpretare a lumii încît omul însuşi nu se mai poate recunoaşte în ea. Doar conflictul real al condiţiilor de existenţă poate servi de model structural paradoxurilor universului schizofrenic.

Rezumînd, se poate spune că dimensiunile psihologice ale bolii nu pot, fără cîteva sofisme, să fie considerate ca autonome. Cu siguranţă, maladia mentală se poate situa în raport cu geneza umană, în raport cu istoria psihologică şi individuală, în raport cu formele de existenţă. Dar nu trebuie să facem din aceste diverse aspecte ale bolii nişte forme ontologice dacă nu dorim să facem recurs la explicaţiile mitice, ca evoluţia structurilor psihologice, sau teoria instinctelor, sau o antropologie existenţială. În realitate, numai în istorie putem descoperi singurul *a priori* concret în care boala mentală dobîndeşte înfăţişările necesare.

CONCLUZIE

Într-adins nu am evocat problemele fiziologice şi anatomo-patologice care privesc maladia mentală ; nici pe cele ale tehnicilor de vindecare. Nu pentru că analiza psihopatologică ar fi, de fapt sau de drept, independentă de acestea ; descoperirile recente, vizînd fiziologia centrilor diencefalici şi rolul lor regulator în viaţa afectivă, limpezirile aduse, fără încetare, începînd cu primele experienţe ale lui Breuer şi ale lui Freud, prin dezvoltările strategiei psihanalitice, ar ajunge pentru a dovedi contrariul. Dar nici fiziologia, nici terapeutica nu pot să devină acele puncte de vedere absolute, pe baza cărora psihologia bolii mentale poate să se rezolve ori să se suprime. De 140 de ani, de îndată ce Bayle a descoperit leziunile specifice ale paraliziei generale şi a găsit, destul de constant, în fazele iniţiale ale simptomatologiei, un delir de grandoare, tot nu se ştie de ce tocmai o exaltare hipomaniacă este cea care însoţeşte leziuni asemănătoare. Iar dacă reuşita intervenţiei psihanalitice nu face decît unul şi acelaşi lucru ca şi dezvăluirea „realităţii" nevrozei, ea nu o prezintă decît în cadrul noii drame psihologice în care o angajează.

Deci, dimensiunile psihologice ale nebuniei nu pot fi reprimate pornind de la un principiu de explicaţie sau de reducere care le-ar fi exterior. Ele trebuie să fie situate în acest raport general stabilit de omul occidental, în urmă cu aproape două secole, cu el însuşi. Această relaţie, văzută din cel mai îngust unghi, este acea psihologie în care el a inserat ceva din mirarea sa, mult orgoliu şi esenţialul capacităţilor sale de uitare ; dintr-un unghi mai larg, e apariţia, în

formele cunoaşterii, a unui *homo psychologicus,* obligat să dețină adevărul interior, pur ironic şi pozitiv, al oricărei conştiințe de sine şi al oricărei cunoaşteri posibile ; în sfîrşit, reintegrat în cea mai largă accepțiune, un astfel de raport e cel pe care omul l-a substituit raportului său cu realitatea, înstrăinîndu-l în acest postulat fundamental care spune că el însuşi este esența realității.

Acest raport, care instituie din punct de vedere filosofic orice psihologie posibilă, nu a putut fi definit decît pornind de la un moment precis al istoriei civilizației noastre : momentul cînd marea confruntare a Raționalului şi a Iraționalului a încetat să se facă în dimensiunea libertății şi cînd rațiunea a încetat să fie o etică pentru om, spre a deveni o natură. În acel moment, nebunia a devenit o natură a existenței, cu alte cuvinte un proces ce alienează existența şi o supune în determinismul său, în timp ce libertatea a devenit, de asemenea, un specific al naturii, dar în sens de suflu secret, de esență inalienabilă a naturii. Iar omul, în loc să fie plasat înaintea marelui partaj al Iraționalului şi în dimensiunea pe care o inaugurează, a devenit, la nivelul existenței sale naturale, şi una şi alta, nebunie şi libertate, moştenind, prin privilegiul esenței sale, dreptul de-a fi un specific al naturii şi o esență a realității.

Există o puternică motivație pentru ca psihologia să nu poată controla niciodată nebunia ; aceea că, în universul nostru, psihologia n-a fost posibilă decît o dată nebunia stăpînită şi exclusă din dramă. Iar cînd, prin străfulgerări şi strigăte, ea reapare, ca la Nerval sau Artaud, ca la Nietzsche ori Roussel, psihologia e cea care rămîne *fără cuvinte* în fața acestui limbaj ce dă sens, din propriile-i sensuri, acestei sfîşieri tragice şi acestei libertăți în care simpla existență a „psihologilor“ sancționează, pentru omul contemporan, apăsătoarea uitare.

Cîteva date din istoria psihiatriei

1793 : PINEL este numit medic-şef al Infirmeriei Bicêtre.

1822 : Teza lui BAYLE, *Recherches sur les maladies mentales* (definire a paraliziei generale).

1838 : Legea pentru alienaţi.

1843 : BAILLARGER fondează *les Annales médico-psychologiques.*

1884 : JACKSON, *Croonian Lectures.*

1889 : KRAEPELIN, *Lehrbuch der Psychiatrie.*

1890 : MAGNAN, *La folie intermittente.*

1893 : BREUER şi FREUD, *Études sur l'hystérie.*

1894 : JANET, *L'automatisme psychologique.*

1909 : FREUD, *Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans.*

1911 : FREUD, *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa.*

1911 : BLEULER, *La démence précoce ou le groupe des schizophrénies.*

1913 : JASPERS, *Psychopathologie générale.*

1921 : FREUD, *Au-delà du principe de plaisir.*

1926 : PAVLOV, *Leçons sur l'activité du cortex cérébral.*

1928 : MONAKOW şi MOURGUE, *Introduction biologique à la neurologie et à la psychopathologie.*

1933 : L. BINSWANGER, *Ideenflucht.*

1936 : Egas MONIZ practică primele lobotomii.

1938 : CERLETTI începe să practice electroşocul.

CUPRINS

LISTA TITLURILOR DISPONIBILE PUBLICATE LA EDITURA AMARCORD

1. Nikolai Berdiaev, *Împărăţia Spiritului şi Împărăţia Cezarului*, 15.000 lei
2. Joseph Conrad, *Oglinda mării*, 7.000 lei
3. Cornel Ungureanu, *La vest de Eden. O introducere în literatura exilului*, 14.000 lei
4. *** *Dialoguri despre Fiinţă/Dialogues sur l'Être*, 15.000 lei
5. Nicolae Ţăran, *Managementul Inovaţiei*, 15.000 lei
6. Gabriel Marcel, *Jurnal metafizic*, 20.000 lei
7. V. Fufezan ; Pavel Ţepeneu, *Chirurgie pediatrică*, 20.000 lei
8. Jean Levi, *Funcţionarii divini. Politică, despotism şi mistică în China antică*, 13.000 lei
9. Daniel Vighi, *Valahia de mucava*, 7.500 lei
10. Peter Brown, *Cultul Sfinţilor*, 12.500 lei
11. Ion Nicolae Anghel, *Cartea cu Pamfil*, 14.500 lei
12. Bossuet, *Panegirice*, 6.800 lei
13. Georges Gusdorf, *Mit şi metafizică*, 20.000 lei
14. *** *Totul despre Nicolae Manolescu* (antologie din întreaga operă a lui N. Manolescu alcătuită de Mircea Mihăieş), 20.000 lei
15. Victor Neumann, *Istoria evreilor din România*, 17.500 lei
16. Patrick Chamoiseau, *Texaco* (roman, **Premiul Goncourt**), 10.500 lei
17. Şerban Foarţă, *Dublul regim diurn/nocturn al presei*, 10.000 lei
18. Cristian Bădiliţă, *Sacru şi melancolie*, 10.000 lei
19. Smaranda Vultur, *Istorie trăită. Istorie povestită. Deportarea în Bărăgan (1951–1956)*, 24.000 lei
20. Dinu Zarifopol, *Moartea lui Levi* (roman), 25.000 lei
21. Ioan Buduca, *Doamne, Dumnezeule, ce caută Ceauşescu ăsta în Rai?*, 15.000 lei
22. Marie-Madeleine Davy (sub direcţia), *Enciclopedia doctrinelor mistice*, vol. II, 75.000 lei
23. Vladimir Soloviov, *Drama vieţii lui Platon*, 15.000 lei
24. Ivan Evseev, *Dicţionar de magie, demonologie şi mitologie românească*, 59.000 lei
25. Paul Zarifopol, *Încercări de precizie literară* (Colecţia *Cărţi fundamentale ale culturii române*), 35.000 lei
26. I. Funeriu, *Principii şi norme de tehnoredactare computerizată*, 25.000 lei
27. Jean Daniélou, *Simbolurile creştine primitive*, 22.000 lei
28. Carmen Bernand ; Serge Gruzinski, *Despre idolatrie. O arheologie a ştiinţelor religioase*, 22.500 lei

29. Grigore cel Mare, *Dialoguri despre moarte*, 15.000 lei
30. Grigore de Nyssa, *Viața Sfintei Macrina*, 15.000 lei
31. Georges Balandier, *Antropologie politică*, 22.000 lei
32. Mitropolit Nicolae Corneanu, *Viața și petrecerea Sfîntului Antonie cel Mare*, 17.000 lei
33. Titus Suciu, *Pînda* (roman), 18.500 lei
34. Adriana Babeți, *Bătăliile pierdute (Dimitrie Cantemir. Strategii de lectură)*, 20.000 lei
35. Dinu Zarifopol, *Șah la rege* (roman), 25.000 lei
36. Ion Arieșanu, *Cei buni mor cei dintîi* (roman), 19.400 lei
37. Georges Vigarello, *Istoria violului. Secolele XVI–XX*, 43.000 lei
38. Simone de Beauvoir, *Puterea vîrstei* (jurnal), 49.000 lei
39. Pierre-Yves Duchemin, *Arta informatizării unei biblioteci*, 64.000 lei
40. Richard Sârbu, Vasile Frățilă, *Dialectul istroromân*, 24.500 lei
41. Ion Budai-Deleanu, *Țiganiada*, (Colecția *Cărți fundamentale ale culturii române)*, 39.000 lei
42. Marie-Madeleine Davy (sub direcția), *Enciclopedia doctrinei mistice*, vol. III, 79.000 lei
43. Tzvetan Todorov, *Abuzurile memoriei*, 15.000 lei
44. André Santini, *Acești imbecili care ne guvernează (Manual lucid și autocritic pentru uzul oamenilor politici)*, 25.000 lei
45. Al. Cuțara, *Timișoara – monografie artistică* (album, ediție bilingvă franceză–engleză, 150 imagini color), 200.000 lei
46. Claudiu T. Arieșan, *Hermeneutica umorului simpatetic (Repere pentru o comicologie românească)*, 30.000 lei
47. Ileana Oancea, *Lingvistică romanică și lingvistică generală. Interferențe*, 35.000 lei
48. Philippe Schuwer, *Tratat practic de editare*, 150.000 lei
49. Jean Baudouin, *Introducere în sociologia politică*, 45.000 lei
50. Mariana Sipoș, *Dosarul „Marin Preda" (Viața și moartea unui scriitor în procese-verbale, declarații, arhive ale Securității, mărturii și foto-documente)*, 35.000 lei

ULTIME APARIȚII EDITORIALE LA AMARCORD

I. Traduceri

1. Annick de Souzenelle, *Simbolismul corpului uman* (ediția a II-a)
2. Annick de Souzenelle, *Oedip interior. Prezența Logosului în mitul grec*
3. Søren Kierkegaard, *Scrieri,* vol. II *(Fărîme filozofice)*
4. Gérard Badou, *Istorii secrete ale psihanalizei*

II. Literatură română

1. Dinu Zarifopol, *Crima generalului* (roman)
2. Paul Miron, *Poștalionul din vis* (roman)
3. Dan Ungureanu, *Originile grecești ale culturii europene*

CĂRȚI ÎN CURS DE APARIȚIE

I. Traduceri

1. Georges-Hubert de Radkowski, *Antropologie generală*
2. Jean Vertemont, *Dicționar al mitologiilor indoeuropene*
3. Marie Kuhlmann, Nelly Kuntzmann, Hélène Bellour, *Cenzura și bibliotecile în secolul XX*
4. Patrick Di Mascio, *Freud după Auschwitz. Psihanaliza culturală*
5. Monique Segré (sub direcția), *Mituri, rituri, simboluri în societatea contemporană*
6. Roland Brunner, *Psihanaliza și societatea postmodernă*

II. Literatură română

1. Ivan Evseev, *Enciclopedia semnelor și simbolurilor culturale*
2. Maria Purdela Sitaru, *Etnomedicină lingvistică*
3. Radu Ciobanu, *Jurnal*

ÎN PREGĂTIRE

1. Traduceri

1. Lactantius, *De mortibus persecutorum* și *De Ave Phoenice (Despre morțile persecutorilor* și *Despre pasărea Phoenix)*
2. M.-M. Davy (sub direcția), *Enciclopedia doctrinelor mistice,* vol. IV
3. Søren Kierkegaard, *Scrieri,* vol. III *(Repetarea)*
4. Vladimir Jankélévitch, *Tratat despre moarte*
5. Alain de Libera, *Gîndirea Evului Mediu*
6. Zygmunt Bauman, *Etica postmodernă*
7. Pierre Teilhard de Chardin, *Mediul divin*
8. Evelyne Pisier (sub direcția), *Istoria ideilor politice*
9. Annick de Souzenelle, *Femininul Ființei*
10. Julia Kristeva, *Geniul feminin*
11. Charles Taylor, *Etica autenticității*
12. David Harvey, *Condiția postmodernă*
13. Emmanuel G. Lenski, *Putere și privilegiu. O teorie a stratificării sociale*
14. Edward Said, *Orientalism*
15. Georges Romey, *Dicționarul simbolisticii (Vocabularul fundamental al viselor)* (vol. I : 576 pag. ; vol. II : 424 pag. ; vol. III : 526 pag.)
16. Albert Blaise, *Manual de latină creștină*
17. C. Fr. Gauss, *Cercetări aritmetice*

II. **Literatură română**

1. Cornel Ungureanu, *La vest de Eden. O introducere în literatura exilului,* vol. II
2. Ilie Gyurcsik, *Paradigme moderne (Eseuri de hermeneutică literară)*
3. Vasile Țâra, *Vechea română literară*
4. Eduard Pamfil, *Idear*
5. Lucian-Vasile Szabo, *Seninul cerului de sticlă* (povestiri)
6. Constantin Eugen Jurca, *Drumul către Emaus (Experiența duhovnicească și cultivarea puterilor sufletești – contribuții de metodologie și pedagogie creștină)*
7. Ivan Evseev, *Dicționar de simboluri și arhetipuri culturale* (ediția a II-a)

ISBN 973-9244-78-5

Redactor : **Doina Lică**

Bun de tipar : 04.03.2000.
Apărut : 2000.
Coli de tipar : 6,5.

Tiparul executat sub comanda 387/1999,
la Imprimeria de Vest – Oradea,
str. Mareşal Ion Antonescu, nr. 105,
ROMÂNIA.

Seria
CÎMP DESCHIS

Patologia mentală trebuie să se elibereze de toate postulatele unei „metapatologii": unitatea asigurată de către aceasta, între diversele forme de boală, nu este decît artificială, cu alte cuvinte, ea ține de un fapt istoric, căruia deja nu-i mai aparținem întru totul.

Este necesar, prin urmare, acordînd credit omului însuși, și nu abstractizărilor asupra bolii, să analizăm specificul maladiei mentale, să cercetăm formele concrete pe care psihologia a putut să i le atribuie; apoi, să determinăm condițiile ce au făcut posibil acest straniu statut al nebuniei, boală mentală ireductibilă la oricare altă boală.

La aceste întrebări se străduiesc să răspundă cele două părți ale lucrării noastre:

1) Dimensiunile psihologice ale maladiei mentale;

2) Psihopatologia ca fapt de civilizație.

Michel Foucault

AMARCORD
editura amarcord

ISBN 973-9244-78-5